

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

Alina Petrauskienė, Stasė Ustilaitė

MOKYKLOS SVEIKATOS UGDYTOJŲ VAIDMENYS

Mokslo studija

Vilnius
2013

UDK 371.7(474.5)

Pe233

Recenzavo:

prof. dr. Sniegina Poteliūnienė, Lietuvos edukologijos universitetas

doc. dr. Vida Juškelienė, Lietuvos edukologijos universitetas

doc. dr. Aldona Jociutė, Mykolo Romerio universitetas

Autorių indėlis:

doc. dr. Alina Petrauskienė – 6,6 autorinio lanko

doc. dr. Stasė Ustilaitė – 6,6 autorinio lanko

Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto Edukologijos instituto Socialinio darbo katedros 2012 m. gruodžio 13 d. posėdyje (protokolo Nr. 1SDK-6) pritarta leidybai.

Mykolo Romerio universiteto Mokslo programos „Gyvenimo kokybės gerinimas ir užimtumo galimybių didinimas“ komiteto 2012 m. gruodžio 14 d. posėdyje (protokolo Nr. 6) pritarta leidybai.

Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto tarybos 2012 m. gruodžio 20 d. posėdyje (protokolo Nr. 2222) pritarta leidybai.

Mykolo Romerio universiteto Mokslinių-mokomųjų leidinių aprobavimo leidybai komisijos 2013 m. sausio 9 d. posėdyje (protokolo Nr. 2L-40) pritarta leidybai.

Visos knygos leidybos teisės saugomos. Ši knyga arba kuri nors jos dalis negali būti dauginama, taisoma arba kitu būdu platinama be leidėjo sutikimo.

TURINYS

ĮVADAS	4
1. SVEIKATOS UGDYMO IR RŪPOS MODELIAI	11
1.1. Į asmens gyvensenos (elgesio) pokyčius orientuoti modeliai.....	11
1.2. Bendruomeniniai sveikatos ugdymo modeliai.....	20
1.3. Profesionalus rūpinimasis asmens ir bendruomenės sveikata	28
Literatūra	36
2. MOKINIŲ SVEIKATOS UGDYTOJŲ VAIDMENŲ RAIDA	40
2.1. Sanitarinis švietimas tarpukario (1918–1940) Lietuvos mokykloje: medikų veiklos aspektai	40
2.2. Mokinių higienos mokymas ir auklėjimas sovietmečiu.....	47
2.3. Sveikatos priežiūros specialistų ir mokytojų vaidmenų pokyčiai įgyvendinant sveikatos ugdymą nepriklausomos Lietuvos mokykloje	71
Literatūra	89
3. SVEIKATOS UGDYMO PROGRAMOS IR JŲ ĮGYVENDINIMO PRIELAIIDOS	98
3.1. Formalios ir neformalios sveikatos ugdymo programos bendrojo ugdymo mokyklai.....	98
3.2. Sveikatos ugdytojų kompetencija	108
3.3. Mokyklos sveikatos ugdymo proceso dėmenys.....	112
Literatūra	119
4. SVEIKATOS UGDYMO MOKYKLOJE PRAKTIKA	123
4.1. Sveikatos ugdytojo vaidmens įtvirtinimas mokytojo praktikoje	123
4.1.1. Sveikatos ugdymui palankios edukacinės aplinkos kūrimas	127
4.1.2. Mokytojo vaidmenų įgyvendinimo variacijos	140
4.1.3. Sveikatos priežiūros ir kitų specialistų pagalbos mokytojui poreikis.....	152
4.2. Mokyklos mediko vaidmenys ugdant mokinių sveikatą	158
4.2.1. Sveikatos ugdytojo vaidmens raišką lemiantys veiksniai.....	177
4.2.2. Rūpinimasis vaikų sveikata kaip pagalbos ir edukacinių veiklų derinimas.....	190
4.2.3. Mokinių sveikatos ugdymas – mediko veiklos mokykloje įprasminimas	199
Literatūra	214
IŠVADOS	218
REKOMENDACIJOS	224
SUMMARY	226

IVADAS

Įvairių mokslinių tyrimų¹ duomenys atskleidžia vaikų ir jaunimo sveikatos rodiklius, keliančius Lietuvos visuomenės susirūpinimą, o tai suponuoja sveikatos ugdymo plėtos poreikį šeimos, ugdymo institucijų, bendruomenės ir visos visuomenės lygmenimis. Mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos sutrikimai siejami su gyvenimo būdu ir socialine aplinka, kurioje jie patiria stresą, įtampą, nerimą, patyčias, smurtą, mokymosi ir bendravimo sunkumus. Todėl bendrojo ugdymo mokyklų bendruomenėms tenka ypatingas vaidmuo užtikrinant veiksmingą sveikatos ugdymą.

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) sveikatos politikos dokumente *Sveikata XXI amžiuje* (2000) teigiama, kad iki 2015 m. gyventojams turėtų būti sudarytos palankesnės sąlygos gyventi sveikoje fizinėje ir socialinėje aplinkoje, namuose, mokykloje ir vietos bendruomenėje, o 95 proc. vaikų turi turėti galimybę būti ugdomi sveikatą stiprinančioje mokykloje. Sistemingas sveikatos ugdymo plėtojimas ir fizinio aktyvumo skatinimas įtvirtintas ir pabrėžiamas Lietuvos Respublikos Vyriausybės programoje (2008 m. gruodžio 9 d. Nr. XI-52; 2012) skyriuose „Sveikas žmogus – sveika visuomenė“ (733–737 punktai), „Švietimas ir visuomenės informavimas“ (778, 780, 810 punktai). Atliepiant į Vyriausybės numatytą programą bei vis didėjantį sveikatos ugdymo poreikį, didžiulę reikšmę įgyja nenutrūkstamo sveikatos ugdymo formalaus ir neformalaus švietimo sistemoje ir bendruomenėje užtikrinimas, neatsiejamas nuo sveikatos ugdytojų vaidmenų įgyvendinimo.

Trečiojoje tarptautinėje sveikatą stiprinančių mokyklų konferencijoje *Geresnė mokykla – sveikesnė mokykla* (2009, Vilnius) pabrėžta, kad šių dienų mokykloje sveikatos ugdymas turėtų tapti viena iš prioritetinių

¹ Bagdonas, A. Mokinių stresas ir mokyklos baimė: turinys ir raiškos ypatumai. *Pedagogika*. 68: 322–327.

Juškeliienė, V.; Ustilaitė, S.; Proškuvienė, R.; Kalibatas, J.; Naudžiūtė, S. *11–12 klasių mokinių sveikata ir jos pokyčiai per 5 metus*. Mokslinio tyrimo ataskaita. 2006. Švietimo ir mokslo ministerija [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai/11_12_moks_sveik.pdf>.

Zaborskis, A.; Vareikienė, I. Patyčios mokykloje ir jų sąsajos su moksleivių sveikata bei gyvensena. *Medicina*. 2008, 44 (3), p. 232–239.

Zaborskis, A.; Makari, J.; Žemaitienė, N. Lietuvos moksleivių psichologinė būseną. *Biomedicina*. 2002, t. 2, Nr. 2, p. 107–112.

sričių ir kad jis bus veiksmingas tik tuomet, jei bus nuoseklus ir tęstinis. Mokslininkai ir ugdymo praktikai pripažįsta, kad atskiri trumpalaikiai projektai ir pavienės pamokos neleidžia pasiekti norimo rezultato: tyrimų² duomenys rodo, kad dabartinė mokykla neišugdo jaunų žmonių sveikos gyvensenos bei socialinių įgūdžių ir neparuošia jų gyvenimui, kai mokytojų veiklos prioritetas – mokinių parengimas egzaminams. Mokyklos stokoja kompetentingų sveikatos ugdytojų, gebančių ugdyti mokinių kompetencijas, laiduojančias jų sveikatai palankius sprendimus, susijusius su jų dvasiniu, fiziniu, psichiniu, socialiniu pajėgumu ir gerove. Kita vertus, šiuolaikinis mokinių sveikatos ugdymas apibūdinamas kaip sudėtingas procesas, jungiantis edukologijos ir kitų mokslo sričių (biomedicinos, psichologijos, statistikos, rinkodaros, informacinių technologijų ir kt.) žinias ir metodus, pripažįsta integravimo į bendrąjį mokyklos ugdymą, diferencijavimo, kryptingumo, nuoseklumo bei tęstinumo principus, įvairių mokomųjų dalykų pedagogų ir kitų mokyklos specialistų (psichologo, sveikatos priežiūros ir socialinių tarnybų) bendradarbiavimą, numatant kiekvieno dalyvaujančiojo unikalaus vaidmens perspektyvą ir vaidmenį, kuriant sveikatą stiprinančias (ekologines) mokyklos aplinkas.

Mokslinėje literatūroje mokinių sveikatos ugdytojų vaidmenų raiška neatsiejama nuo teorijų ir modelių raidos, kurie plėtojosi nuo koncentravimosi į asmenį (ar jų grupes) – žinių sklaidos suformuoto elgesio intervencijų iki apimančių politinius sprendimus, sistemas, aplinkas, veikiančias visuomenės sveikatą (Joyce, 2010; Lohrmann, 2010; Waters, Cross, Runions, 2009; Petrauskienė, 2008; Šveikauskas, 2008; Glanz, Rimer, Lewis ir kt. 2002). Pabrėžiamas sveikatos ugdymo modelių, grindžiamų socialinio pažinimo, socialinės pagalbos (emocinės, informacinės, mate-

² Gudžinskienė, V.; Česnavičienė, J.; Suboč, V. *Sveikos gyvensenos ugdymas mokyklose*. Mokslinio tyrimo ataskaita. 2007. Švietimo ir mokslo ministerija [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai/kiti/SVEIKOS%20GYVENSENOS%20UGDYMAS%20Mokyklose.pdf>.

Mačiūnas, E.; Šurkienė, G.; Žeromskienė, D.; Namajunaitė, G.; Aleksejevaitė, D. *Sveikatos priežiūra mokykloje*. 2006. Prieiga per internetą: <http://oldvasc.sam.lt/mokykl_sveikat_priez.pdf>.

Ustilaitė, S.; Proškovienė, R.; Juškelienė, V.; Kalinkevičienė, A. *Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos įgyvendinimo galimybės*. Mokslinio tyrimo ataskaita. 2008. Švietimo ir mokslo ministerija [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai/kiti/Tyrimo_RSLUprorgama_ataskaita.pdf>.

rialios, vertinamosios) bei streso įveikimo, ekologinėmis teorijomis taikymo sveikatos ugdytojų praktikoje, aktualumas.

Lietuvoje pedagogai ir mokyklų medikai³ mokinių bei jų tėvų (globėjų) pripažįstami pagrindiniais mokinių sveikatos ugdytojais, įgyvendinančiais universalias ir tikslines sveikatos ugdymo bei prevencines programas. Jau tarpukario Lietuvoje mokytojai ir mokyklų medikai vykdė sanitarinį švietimą siedami jį su pedagoginiu procesu. Mokyklos sveikatos ugdytojų vaidmuo kito nuo biomedicininės koncepcija grindžiamo ir į funkcijas (nuorodų teikimas, direktyvus informavimas ir mokymas) orientuotą atlikimo link vaidmenų, kuriančių bendradarbiaujančias ir mokinių sveikatą remiančias ugdymo ir saviugdos aplinkas (Zaborskis, Šumskas, 2000; Davidavičienė, 1987; Kviklys, 1977).

Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę plėtojamas sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas ir pedagogų, kaip sveikatos ugdytojų, vaidmuo integruojant sveikatos ugdymą į bendrojo ugdymo programas, klasių valandėles bei popamokinę ar projektinę veiklą. Stiprinamas mokyklos mediko vaidmuo, siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų mokiniams prieinamumą, pagalbą jiems visavertiškai dalyvauti ugdymo procese, saugant juos, panaikinant ar keičiant sąlygas, kurios trukdo asmeniui ar jų grupei augti, jaustis saugiai ir siekti akademinių rezultatų. Profesionalus rūpinimasis apima asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros, sveikatos ugdymo veiklas, siekiant padėti mokiniams valdyti sveikatą lemiančius sprendimus asmeninio gyvenimo ir bendruomeniniame kontekstuose (Esparti, Moss, Roberts, Kerr, Green, 1999; Ruth, 1983).

Lietuvoje iki šiol vadovaujamosi bendrąja nuostata, kad sveikatos ugdytoju gali būti bet kuris klasės auklėtojas, kūno kultūros ir biologijos bei kitas mokytojas (pvz., technologijų mokytojas, socialinis pedagogas), ugdymo kompetencijas įgijęs aukštosios mokyklos studijose ir galintis savo dalykų pamokose ar auklėjimo procese ugdyti mokinių sveikatai stiprinti reikalingas asmenybines ir socialines kompetencijas. Nors pedagogai yra ugdymo profesionalai, tačiau mokinių sveikatos ugdymo įgyvendinimas yra iššūkis, provokuojantis ieškoti atsakymų į klausimus: Jei kiekvienas

³ Mokyklos medikais istorinėje raidoje buvo sveikatos priežiūros specialistai (gydytojai, stomatologai, galeistingosios seserys, medicinos seserys ir medicinos felčeriai), pastarąjį dešimtmetį ugdymo įstigose dirba bendruomenės slaugos ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistai.

mokomojo dalyko mokytojas yra ir sveikatos ugdytojas, tai kaip šis vaidmuo įgyvendinamas praktikoje? Ką reiškia ugdyti mokinių sveikatą? Kaip mokytojas vertina savo indėlį ir atpažįsta mokinių sveikatos ugdymo rezultatus? Kaip mokytojas vertina mokyklos sveikatos priežiūros specialistų, kaip sveikatos ugdytojų, veiklos ir bendradarbiavimo poreikius?

Nagrinėjant mokyklos mediko, kaip sveikatos ugdytojo, vaidmenį, taip pat kyla prieštaringas klausimas, ar šis sveikatos priežiūros specialistas gali ugdyti sveikatą, jei jis nėra „tikrasis“ ugdymo profesionalas, nes mokinių sveikatos ugdymas pirmiausia yra pedagoginis procesas. G. Šurkienė ir kt. (2003) šiam specialistui priskiria mokytojo pagalbininko vaidmenį, padedant integruoti sveikatos ugdymą į bendrąją ugdymo programą. Mokyklos mediko – sveikatos ugdytojo vaidmuo siejamas su mokinių, jų tėvų (globėjų), mokyklos personalo mokymu, apima mokinių sveikatos ugdymo poreikių nustatymą, sveikatos konsultavimą ir informavimą, ugdant individualios (tikslinės) mokinio(-ių) savirūpos bei sveikatos priežiūros (vartotojo) kompetencijas (Petrauskienė, 2008; Tossavainen ir kt., 2004; Aiken, 2000; Zaborskis, Šumskas, 2000; Žydžiūnaitė, 2000; Erikcen, 1998). Tad ką reiškia mokyklos sveikatos priežiūros specialistui įgyvendinti sveikatos ugdytojo vaidmenį? Kokiais bruožais pasižymi mediko profesionalus rūpinimasis mokinio(-ių) ir mokyklos bendruomenės sveikata?

Teoriniu požiūriu šiuolaikinis mokinių sveikatos ugdymas remiasi holistine sveikatos ir sveikatos ugdymo samprata, sveikatą stiprinančios (ekologinės) mokyklos kūrimo modeliais, pabrėžiančiais mokinio(-ių) ir ugdytojų sveikatą, remiančiais ir ryšį su mokykla stiprinančias aplinkas, mokinių poreikius ir raidą atitinkančius ugdymo metodus, mokyklos bendruomenės socialinį palaikymą ir tarpprofesinį bendradarbiavimą. Holistiškas, arba visuminis, ugdymas susideda iš integralių elementų, todėl ugdytojams tampa svarbu ne tik įvardyti tuos elementus, bet ir jungti juos į visumą (McLaughlin, 1997). Visuminio ugdymo kontekste žmogus pažįstamas kaip kompleksinė būtybė, kurią sudaro kūnas, psichika (protas, valia, emocijos) ir dvasia, tai siejant su ugdymo prieigų pasirinkimu, pripažįstant asmenybės autentiškumą ir atskirų dalykų, metodų, ugdymo tikslų ir uždavinių, koncepcijų ryšius (Valatkienė, 2005).

Visa tai lemia sveikatos ugdytojų vaidmenų raiškos plėtrą, varijuojančią nuo ekspertinių žinių perteikėjo iki reflektivaus ir kartu besimokan-

čio, koordinuojančio sveikatos ugdymo procesą formaliose ir neformaliose mokyklos aplinkose. Tačiau tikrovėje sveikatos ugdytojų vaidmenų įgyvendinimas yra problemiškas ir mokytojo, ir mokyklos mediko praktikoje, nulemtas sudėtingos istorinės raidos, dešimtmečius mokyklose vykdyto nenuoseklaus ir fragmentiško sveikatos ugdymo, tarpprofesinio bendradarbiavimo sunkumų ir organizacinių struktūrinių pokyčių mokykloje stokos. *Todėl mokinių sveikatos ugdytojų vaidmenų raiškos bendrojo ugdymo mokykloje charakteristikų atskleidimas yra aktuali mokslinė problema.*

Mokslo studijoje, sprendžiant šią mokslinę problemą, suformuluoti probleminiai tyrimo klausimai:

1. *Kokios yra sveikatos ugdytojų veiklų, taikant sveikatos ugdymo ir rūpos modelius, charakteristikos?*
2. *Kokia mokyklos mediko profesinių vaidmenų specifika išryškėja ugdant mokinių sveikatą istorinės raidos kontekste? Kokie mokyklos sveikatos ugdytojų – mediko ir mokytojo – sanglaudos raidos bruožai?*
3. *Kokios yra mokinių sveikatos ugdymo ir prevencinių programų įgyvendinimo šiuolaikinėje bendrojo ugdymo mokykloje prielaidos?*
4. *Kokie yra pedagogo, įgyvendinančio sveikatos ugdymą bendrojo ugdymo mokykloje, praktikos bruožai? Kokios yra mokytojų bendradarbiavimo su mokyklos sveikatos priežiūros specialistu kategorijos?*
5. *Kaip profesionalus rūpinimasis, aprėpiantis mokinių sveikatos priežiūrą ir sveikatos ugdymą, atsiskleidžia mokyklos mediko praktikoje?*

Tyrimo metodai: mokslinės literatūros, istorinių dokumentų, šaltinių ir programų analizė, kokybinė turinio (*content*) analizė, apklausa raštu, statistinė analizė.

Tyrimas rėmėsi sveikatos stiprinimo ir sveikatos ugdymo, rūpinimosi ir socialinio konstravimo per vaidmenis teorinėmis sampratomis. *Sveikatos stiprinimo samprata* pabrėžia didesnių galimybių žmonėms rūpintis savo sveikata ir ją gerinti suteikimą, derinant tarpusavyje susijusių veiklų sritis – sveikatos ugdymą, ligų profilaktiką, sveikatos saugą. Mokinių ir visos mokyklos bendruomenės sveikatos stiprinimo procese pripažįstami mokytojų ir sveikatos priežiūros specialistų vaidmenys (Harrison, 2005; Tossavainen ir kt., 2004; Glanz, Rimer, Lewis, 2002). *Sveikatos ugdymas yra sveikatos stiprinimo pagrindas*, kai rezultatai apima su sveikata susijusias žinias, įgūdžius, nuostatas ir elgesį, taip pat lemia asmens ir bend-

ruomenės (visuomenės) sveikatos gerinimą. Sveikatos ugdymas yra pedagoginis procesas, orientuotas į mokinių sveikatos ugdymo poreikių tenkinimą, pasižymi ugdomąja sąveika ir strategijomis, padeda vaikams įgyti kompetencijų, leidžiančių priimti sveikatai pozityvius sprendimus asmens ir socialiniais lygmenimis (Harrison, 2005; Glanz, Rimer, Lewis, 2002; Adaškevičienė, 1999). *Profesionalus rūpinimasis* (Smith, Watson, 2002; Watson, 1985; Leininger, 1984) apima asistavimo, pagalbos / priežiūros, ugdymo veiklas, kurias atliekant siekiama asmens proto, kūno ir dvasios harmonijos (proto, kūno ir sielos vienvė yra tapati sveikatai), padedant asmeniui ar jų grupėms tenkinti savo poreikius, gerinti gyvenimo sąlygas ir gyvenimą. *Socialinis konstravimas per vaidmenis aiškinamas* kaip realūs veiksmai, kuriuos asmuo ar specialistas atlieka užimdamas tam tikrą poziciją. Vaidmuo padeda atskleisti sąveikos su kitais žmonėmis prigimtį ir prisideda prie socialinės organizacijos, kuriant tarpusavio santykių ir santykių grupėse modelius. Vaidmenys reprezentuoja institucinę tvarką, apibrėžiant veiklas ar funkcijas. Taigi mokytojo ir mokyklos mediko, kaip sveikatos ugdytojų, vaidmenys nustatomi per veiklas įgyvendinamas profesinėje praktikoje ir sąveikaujant su kitais (Žydzūnaitė, 2005; Volkov, 2003; Rodham, 2000; Berger, Luckmann, 1999).

Tyrimas pagrįstas tarpdalykiniu požiūriu, taikytas trianguliacijos principas – derinama kokybinio ir kiekybinio tyrimų metodologija, pasiūlydami skirtingi tyrimo dalyviai.

Mokslo studijų sudaro keturios dalys, kuriose atskleidžiami mokinių sveikatos ugdytojų vaidmenys teorinių modelių, istorinės raidos ir ugdymo praktikos kontekstuose.

Pirmoje dalyje *Sveikatos ugdymo ir rūpos modeliai* pristatomos rizikingo elgesio / asmens gyvenimo keitimo ir bendruomeniniai sveikatos ugdymo, profesionalaus rūpinimosi asmens ir bendruomenės sveikata modelių charakteristikos, įvardijant pagrindinius modelių dėmenis, tikslus ir veiklos metodus, sveikatos ugdytojų veiklos akcentus. Aptariamose modelių taikymo mokyklos sveikatos ugdytojų praktikoje prielaidos.

Antroje dalyje *Mokinių sveikatos ugdytojų vaidmenų raida* pateikiama istorinių dokumentų / šaltinių turinio analizė, atskleidžianti sveikatos ugdymo Lietuvos bendrojo ugdymo mokyklose sampratą ir jos įgyvendinimo mediko – mokyklos sveikatos priežiūros specialisto bei mokyto-

jo praktikoje kaitos bruožus. Išryškinamos mokinių sveikatos ugdytojų (mokyklos mediko ir mokytojo) vaidmenų raiškos, besiremiančios biomedicine tradicija, charakteristikos bei kaitos tendencijos holistinės sveikatos ugdymo sampratos įtvirtinimo mokyklos bendruomenėje link.

Trečiojoje dalyje *Sveikatos ugdymo programos ir jų įgyvendinimo prielaidos* aptariamas formalių ir neformalių sveikatos ugdymo programų turinys ir jų įgyvendinimo bendrojo ugdymo mokyklose sudėtingumas, siejamas jų turinio nuolatine kaita ir įvairove, tikslų derinimo, programinių veiklų koordinavimo ir veiksmingumo vertinimo stoka, ribotais sveikatos ugdytojų ir organizaciniais mokyklos ištekliais. Nurodomos mokyklos sveikatos ugdymo plėtojimo prielaidos, apimančios *Sveikatos ugdymo bendrosios programos (2012)* įgyvendinimo vertinimo pripažinimą, sveikatos ugdymui palankių mokyklos aplinkų kūrimą, sveikatos ugdytojų kompetencijos ir mokyklos sveikatos ugdymo proceso struktūros poreikius.

Ketvirtojoje dalyje *Sveikatos ugdymo mokykloje praktika* pateikiami empirinio tyrimo rezultatai ir jų diskusija, apimanti dvi pozicijas: sveikatos ugdytojo vaidmens raiškos charakteristikas mokytojo praktikoje ir mokyklos sveikatos priežiūros specialisto – sveikatos ugdytojo vaidmenų raiškos bruožus.

Kokybinio tyrimo duomenų analizėje išryškinamos mokytojų patirties charakteristikos, susijusios su mokinių sveikatos ugdymui(-si) palankios edukacinės aplinkos kūrimu, mokytojo – sveikatos ugdytojo bendrosios kompetencijos poreikiais ir vaidmenų variacija, bendradarbiavimo su mokyklos sveikatos priežiūros specialistu poreikiais. Atskleisti mokytojo – sveikatos ugdytojo vaidmens raiškos, įgyvendinant mokinių asmenybinių ir socialinių kompetencijų ugdymą, bruožai.

Mokyklos mediko vaidmens empirinio tyrimo duomenys išryškino sveikatos ugdytojo, veiklos aplinkų ir sąlygų, orientacijos į vaikus, jų tėvus ir pedagogus, siekiant ugdyti mokinio (ar tikslinių grupių) savirūpos, asmens sveikatos priežiūros (vartotojo) kompetencijas, poreikius. Atskleistas mokyklos mediko – praktiko – sveikatos ugdytojo vaidmenų kompleksiskumas, praktikoje jungiant pirminės sveikatos priežiūros ir sveikatos ugdymo veiklas.

Mokslo studijos autorės dėkoja tyrime dalyvavusiems bendrojo ugdymo mokyklų sveikatos ugdytojams – mokytojams ir sveikatos priežiūros specialistams.

1. SVEIKATOS UGDYMO IR RŪPOS MODELIAI

Aiškintis teorinių modelių naudingumą ir pritaikomumą, įgyvendinant mokinių sveikatos ugdymą bendrojo ugdymo mokykloje, nėra paprasta, nes sveikatos ugdymas, kaip žmogaus ugdymo mokslo sritis, pasižymi eklektiškumu – bendrumo, vientisumo ir nuoseklumo stoka dėl spartaus vystymosi, derinant priešingus ar prieštarigus požiūrius, grindžiamus skirtingų (biomedicinos, psichologijos, edukologijos, sociologijos ir kt.) mokslų argumentais. Kita vertus, modelių taikymas yra aktualus sveikatos ugdytojams (mokytojams, sveikatos priežiūros specialistams, socialiniams pedagogams), siekiantiems apibrėžti sveikatos ugdymo poreikius bei jų prioritetus, numatyti programas ir jų įgyvendinimo tikslus, vystyti tikslingos informacijos, išteklių paieškas ir interesų grupių bendradarbiavimo ryšius, vertinti veiklų veiksmingumą ir dalyvių pasiekimus.

1.1. Į asmens gyvenosenos (elgesio) pokyčius orientuoti modeliai

Tikėjimo sveikata modelis (*Health Belief Model*). Modelis pripažįsta asmens(-ų) elgesio sveikatos atžvilgiu pokyčius, tad tikslas – skatinti asmenis vengti rizikingo elgesio individualios sveikatos atžvilgiu. Manoma, kad žmonės tiki sveikatos išlaikymu ir yra linkę atlikti profilaktinius sveikatos patikrinimus, kontroliuoti savo sveikatos būklę. Vadovaujama si tikėjimu ir lūkesčiais, kad sveikatos ugdymo ir prevencinės priemonės gali sumažinti sveikatos sutrikimų paplitimą, kad asmens(-ų) gebėjimas suprasti ir paaiškinti savo rizikingą elgesį bei imlumą susirgimams gali daryti įtaką elgesio keitimui. Pavyzdžiui, nustatyta, kad jaunų žmonių įgytas suvokimas apie ŽIV/AIDS ligų pavojų keičia jų elgesį – jaunuoliai dažniau naudoja prezervatyvus, sumažina seksualinių partnerių ir seksualinių susitikimų skaičių. Taikant šį modelį sveikatos ugdymo praktikoje aktualus asmens supratimo vertinimas, kuris apima:

- *asmens imlumo susirgimui supratimą* – asmuo išreiškia savo nuomonę apie realią galimybę susirgti ar priartinti nesveikatos būsenas;

- *susirgimo sunkumo supratimą* – asmuo išreiškia susirūpinimą savo sveikata;
- *naudos supratimą* – asmuo išsako nuomonę apie rekomenduojamų prevencinių veiksmų, priemonių veiksmingumą, siekiant sumažinti riziką sveikatai;
- *sunkumų pripažinimą* – asmuo pripažįsta ir supranta rekomenduojamų atlikti prevencinių / profilaktinių priemonių „psichologinę kainą“;
- *asmens aktyvinimą* – sveikatos ugdytojas motyvuoja veikti ir stimuliuoja elgesį, pastiprina asmenį patyrus sėkmės jausmą, išmokus „naujos kokybės“ veiksmų, skatina asmens aplinkos poveikio veiksmų supratimą (Seth, Noar, 2005; DeBarr, 2004; Glanz, Rimer, Lewis, 2002).

Mokslinė literatūra (Daddario, 2007; Belamy, 2004; Finfgeld, Wongvatunyu, Grando, Russell, 2003) pateikia modelio taikymo duomenų įgyvendinant tikslines prevencines žalingų įpročių (rūkymo, alkoholio, narkotinių medžiagų vartojimo), mitybos ir svorio kontrolės programas. Pripažįstama, kad mokyklose dirbantys sveikatos priežiūros specialistai ir mokytojai yra suinteresuoti ir siekiantys įgyti kompetencijų lydėti asmenį(-is) elgesio keitimo procese dalyviams įvardijus bendrus siekius. Ugdomoji pagalba asmeniui(-ims) kreipiamą į kliūčių ar sunkumų atpažinimą ir šalinimą, socialinių įtampų įveikimą, asmens(-ų) aktyvinimą. Sveikatos ugdytojas nesiekia „daryti spaudimą“, bet siekia suprasti asmenų elgesį ir kartu atrasti veiksmingas ugdymo(-si) priemones ar būdus, stiprinančius tarpusavio pasitikėjimą. Pastebima (Harrison, 2005), kad norint daryti poveikį asmenų elgesiui, nepakanka jiems suteikti informacijos ir žinių. Pavyzdžiui, tai, kad jaunuoliai žino apie rūkymo įpročius ir jų žalą sveikatai, tai menkai veikia rūkymo paplitimą šio amžiaus asmenų grupėse.

Modelio taikymas siejamas su tikslinėmis mokinių grupėmis, nustatčius ligų profilaktikos bei žalingų įpročių prevencijos poreikius, įvertinus vaikų amžiaus ypatumus, apibrėžus bendradarbiavimo tarp mokyklos specialistų ir mokytojų, mokinių tėvų poreikius, padedant jauniems žmonėms išvengti neigiamų pasekmių sveikatai (Taub, Birch, Auld, Cottrell, 2011).

Kai kurie autoriai (Ustilaitė, Stonienė, Dapkevičienė, 2008) siūlo vertinti tikslines programas fiksuojant asmenų rizikingo elgesio pokyčius.

Nors, anot autorių, tai padaryti nėra lengva, nes pokytis gali būti fiksuojamas ne iš karto, be to, sunku atmesti kitus šalutinius veiksnius, kurie galėjo turėti įtakos elgesio pokyčiams.

Elgesio keitimo stadijų modelis (*Stages of Change Model*). Šis modelis, kaip ir tikėjimo sveikata modelis, taikomas tikslinėse prevencinėse rūkymo, narkotinių medžiagų ir alkoholio vartojimo programose, tačiau pabrėžia į procesą integruotas stadijas. Elgesio pasikeitimas čia apibūdinamas ne kaip įvykis, o kaip šešių stadijų procesas, pasižymintis individualia asmens motyvacija keistis. Sveikatos ugdytojams aktualu konkrečiam asmeniui parinkti tinkamą pasikeitimo stadiją (Seth, Noar, 2005; DeBarr, 2004; Littell, Girvin, 2004).

Iki svarstymo (precontemplation) stadijoje asmuo neturi ketinimų imtis veiksmų artimiausioje ateityje. Šioje stadijoje asmenys arba nėra informuoti, arba neturi pakankamos informacijos apie jų rizikingo elgesio sveikatai padarinius, arba nepasitiki savo gebėjimais. Šie asmenys charakterizuojami kaip besipriešinantys, nemotyvuoti ar „sunkiai pasiekiami“ klientai, nepasirengę dalyvauti prevencinėse programose.

Svarstymo (contemplation) stadijoje asmuo rimtai svarsto ir išreiškia norą keisti savo elgesį per artimiausius šešis mėnesius. Asmuo vertina pasikeitimo kainą ir naudą. Ši stadija dar vadinama lėtinio svarstymo arba delsimo stadija.

Pasirengimo (preparation) stadijoje asmuo planuoja įgyvendinti numatytą veiksmų planą (dalyvauja sveikatos ugdymo pamokose, ateina į konsultacijas, kalbasi su sveikatos priežiūros specialistais, perka knygas sveikatos stiprinimo klausimais ir kt.).

Veiksmai (action) – asmuo atvirai ir ryžtingai įgyvendina kartu su sveikatos ugdytojais sudarytą veiksmų planą ir siekia keisti rizikingą elgesį bei aplinką.

Rėmimas / palaikymas (maintenance) – asmuo tęsia pageidaujamus veiksmus (laikosi nuoseklumo, sveikatos ugdytojų rekomendacijų ir siekia išvengti praradimų ar elgesio recidyvo).

Užbaigimas (termination) – asmuo pasiekia mažo susidomėjimo arba menkos pagundos stadiją, yra įgijęs gebėjimus įveikti žalingo sveikatai elgesio atkritis.

Šis procesas apibūdinamas kaip ciklinis ar spiralinis, nes asmuo gali keletą kartų atsidurti svarstymo stadijoje, kartoti užsibrėžtus veiksmus, kol galiausiai tampa laisvas nuo priklausomo žalingo elgesio.

Mokyklose dirbantys sveikatos ugdytojai čia taiko įvairius ugdymo ir asmenų saviugdų metodus, savivalbos, probleminių situacijų įveikimo technikas, kitų specialistų (psichologų, sveikatos priežiūros specialistų) konsultacijas, individualizuotas programas. Modelio pritaikymo praktikoje sunkumas yra tas, kad neretai sudėtinga konkrečiam atvejui tiksliai nustatyti ir parinkti stadiją. Tai patvirtina vaikų sveikatos ir socialinių tarnybų specialistai, kritikuojantys žmonių „rūšiavimą“ remiantis tik stadijomis, neįvertinus jų socialinės aplinkos veiksnių įvairovės, darančios poveikį jauno žmogaus elgesiui (Littell ir Girvin, 2004).

Elgesio numatymo modelis (*The Theory of Reasoned Action / Planned Behavior Sources*). Modelis pripažįsta ne tik elgesio poveikį sveikatai, bet ir „visas“ asmens valios pastangas. Manoma, kad socialinis elgesys yra sąmoningai kontroliuojamas. Asmens ketinimas čia yra vienokio ar kitokio elgesio veiksnys. Ketinimas aiškinamas kaip asmens pozityvi arba negatyvi nuostata apie elgesį. Pavyzdžiui, palankią nuostatą lemia asmens tikėjimas būsimais sveikatos rezultatais juos įvertinant. Ketinimas taip pat aiškinamas kaip elgesio poveikio socialinei aplinkai (normoms) supratimas. Taigi pagrindiniai šio modelio dėmenys apima asmens ketinimus, nuostatas, laukiamus rezultatus ir tų rezultatų įvertinimą, socialines normas ir tikėjimą, motyvaciją laikytis normų, elgesio kontrolės supratimą ir jo kontrolę (DeBarr, 2004).

Sveikatos ugdymo tikslas – asmens(-ų) rizikingo elgesio keitimas, formuojant nuostatas ir ugdant valią. Mokykloje taikant šį sveikatos ugdymo modelį, aktualu įvertinti jauno žmogaus socialinę aplinką, jam artimų žmonių pavyzdžius ir sveikatą lemiančius jų poelgius, kurie gali padėti išmokti naujų veiksmų, nuslopinti nepageidaujamą elgesį. Ugdymuisi svarbus išorinis paskatinimas, tačiau tai nėra vienintelis būdas įgyti, išlaikyti ir keisti asmens elgesį. Žmonių elgesys priklauso nuo jų sugebėjimo numatyti elgesio pasekmes. Žmogus gali reguliuoti savo elgesį. Tai jis daro keisdamas aplinką, pasirūpindamas palaikymu ir suvokdamas savo veiksmų pasekmes. Savo veiksmingumo suvokimas turi įtakos elge-

sio formoms, motyvacijai, elgesio organizavimui, emocinėms reakcijoms laukiant situacijos ar į ją papuolus (Butkienė, Kepalaitė, 1996; Perminas, Goštautas, Endriulaitienė, 2004).

Ugdant paauglius susiduriama su iššūkiais – kaip pasiekti, kad sveikatos žinios mokinių būtų suprastos ir įsisąmonintos? Kokiais pavyzdžiais ir veiklos strategijomis remtis formuojant vaikų ir paauglių socialinio elgesio normas? Pavyzdžiui, sveikatos ugdytoji, įgyvendinanti *Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo* programą, tenka ieškoti ir derinti metodus su kitais programos vykdytojais, suprasti mokinių ir jų tėvų poreikius, vertybines orientacijas. Svarbu padrąsinti mokinius, pasižadėjusius pakeisti elgesį, stiprinant jų atsakomybę už savo veiksmus, sveikatą lemiančio lytinio elgesio supratimą (Ustilaitė, Stonienė, Dapkevičienė, 2008).

Sveikatos ugdytojas, plėtodamas ugdomosios pagalbos mokiniui ar jų grupei sąveiką, taikant šį modelį (ar net kelių į elgesio pokyčius orientuotų modelių dėmenis), suteikia veiklai tam tikrą kryptį, siekia suprasti ne tik vaikų ir paauglių elgesį, bet ir jų jausmus, nuotaikas, viltis, troškimus, pripažinti vaiko ar paauglio išgyvenimus, ryžtasi lydėti mokinį rizikingo sveikatai elgesio keitimo procese.

Vartotojo apdorotos informacijos modelis (*Consumer Information Processing Model*). Modelis remiasi problemų sprendimo ir informacijos apdorojimo studijomis, specialiai nesiekia paaiškinti su sveikata susijusio elgesio, bet rekomenduojamas taikyti sveikatos ugdymo praktikoje. Informacija ir žinios yra būtinos, bet jų nepakanka norint keisti elgesį ir pažinti problemą. Šis modelis pabrėžia asmens informacijos apdorojimo gebėjimo limitą, kuris siejamas su asmens gebėjimais įsigilinti, naudoti ir atsiminti naudingą informaciją. Sveikatos ugdytojai, siekdami suprasti esminius informacijos apdorojimo konceptus, gali aiškintis, kodėl žmonės naudoja informaciją sveikatai palaikyti arba ne ir modeliuoti į sėkmę orientuotas ugdymo strategijas. Informacijos ieškojimas yra jos atradimo ir vertinimo procesas, nulemtas asmens motyvacijos, dėmesio ir supratimo. Tačiau vartotojas čia apibūdinamas kaip neturintis polinkio išsamios informacijos paieškai. Pagrindinė šio modelio idėja yra ta, kad asmenims yra būdingas informacijos apimties apdorojimo limitas, todėl siekiant stiprinti praktinį informacijos pritaikomumą, sveikatos ugdytojams reko-

menduojama reikšmingą informaciją perteikti skaidant, t. y. mažinti jos apimtį, kad siekiamų sprendimų priėmimas vyktų lengviau ir greičiau. Pagrindinė taisyklė yra ta, kad vartotojas turi galėti išsirinkti iš kelių alternatyvių informacijos šaltinių. Tai nuolatinis informacijos paieškos, pasirinkimų, informacijos naudojimo ir mokymosi, perspektyvinių sprendimų priėmimo ir grįžamojo ryšio procesas. Informacijos vartojimo ir mokymosi procesas apima grįžtamąjį ryšį apie pasirinkimų rezultatus ir jų perspektyvinį panaudojimą priimant sveikatai naudingus sprendimus (Campbell, 2001).

Šis modelis gali būti taikomas lėtinėmis ligomis (pvz., cukriniu diabetu, alergija) sergančių, pažinimo sunkumus turinčių asmenų mokymo programose. Ieškoma palankių asmeniui informacijos pateikimo būdų, derinant su praktiniais veiksmais, pvz., asmeniui pateikiamas žodinis paaiškinimas, rašytinė atmintinė, mokomasi insulino injekcijų technikos, kitų vaistų vartojimo, mitybos režimo, dalijamasi įgyta patirtimi (Lacroix, Assal, 2009).

Šio modelio pritaikomumas siejamas su vaikų, kurie turi mokymosi, bendravimo, emocijų valdymo sunkumų ir stokoja sveikatos priežiūros bei savirūpos. Įvertinus vaikų pažintinius pajėgumus pritaikomos socialinės ir sveikatos informacijos apdorojimo įgūdžių lavinimo priemonės bei metodikos (Brauminger, Edesztejn, Morach, 2005).

Modelio taikymas taip pat sietinas su sveikatos informacijos sklaida jaunimo ugdymo(-si) aplinkose. Pavyzdžiui, nustatyta, kad internetas yra labiausiai paplitusi informacijos paieškos forma jaunų žmonių grupėje. Amerikoje atlikti tyrimai (Yiu Wing Kwan, Arbour- Nicitopoulos, Kowe ir kt. 2010) rodo, kad jauni žmonės informacijos ir žinių apie lyčių tarpusavio santykius ir seksualinę prievartą, fizinio aktyvumo gerinimo galimybes, lytiškai plintančias ligas, tabako bei narkotinių medžiagų vartojimą, traumų, savižudybių prevenciją, mitybą ir kitą informaciją ieško internete. Tačiau patikimais sveikatos informacijos šaltiniais jaunimas pripažįsta sveikatos priežiūros centrų specialistus (92 proc.) ir sveikatos ugdytojus (90 proc.), studijų metu vykdytus sveikatos projektus / darbus (64 proc.), informacinius lapelius (46 proc.) ir tėvus (45 proc.). Mokslininkai rekomenduoja sudaryti platesnes patikimos sveikatos informacijos sklaidos galimybes vaikų ir paauglių ugdymo institucijų aplinkose.

Biomedicininis modelis. Modelis susijęs su moderniosios visuomenės raida ir sveikatos priežiūros sistemos svarba mažinant susirgimų paplitimą. Sveikatos ugdymas, besiremiantis biomedicinos mokslu, grindžiamas gamtamokslinio pozityvizmo tyrimais, taiko loginius empirinius metodus ar testus, o gauti duomenys naudojami kaip žinių šaltinis. Šio modelio tikslas – sumažinti sergamumą ir ankstyvą mirtingumą. Jis skirtas bendruomenei ir aukštos rizikos asmenims ar jų grupėms, taikant profilaktinius sveikatos patikrinimus ir imunizaciją, sveikatos mokymą ir specialistų konsultacijas. Tai leidžia ne tik nustatyti ligas ankstyvojoje stadijoje, bet ir anksčiau pradėti gydymą, taip pat sumažinti galimas komplikacijas. Šis modelis yra populiarus ir šiandien, nes pagrįstas moksliniais epidemiologiniais tyrimais, orientuotas į ankstyvą ligų nustatymą, tačiau kritikuojamas, nes atmeta asmens indėlį ir iniciatyvą. Pavyzdžiui, medikai skiria gydymą ir reikalauja nenukrypstamai laikytis režimo. Asmenys informuojami ir mokomi atpažinti gydymui svarbius savo negalavimo simptomus, vykdyti sveikatos priežiūros specialistų nurodymus (Ustilaitė, Stonienė, Dapkevičienė, 2008; Leonavičius, Baltrušaitytė, Naujokaitė ir kt. 2007). Tačiau daugeliui žmonių, ypač sergančių lėtinėmis ligomis, įgyti gebėjimų, reikalingų ilgalaikiam gydymui ir sveikatos priežiūrai bei nuolatinei susirgimo kontrolei / stebėsenai įgyvendinti, yra neretai sunkiai pasiekiamas tikslas, o medikų vykdomas tradicinis sveikatos mokymas neretai pasižymi fragmentiškų, spontaniškų ir dogmatiškų medicininių žinių asmeniui teikimu, sukuriant situacijas, kai asmuo gali pasijusti pasyviu mokiniu, kurį instruktuoja ir jam vadovauja specialistas (Lacroix, Assal, 2009). Mokslininkai (Leonavičius, Baltrušaitytė, Naujokaitė ir kt., 2007), nagrinėję medikų ir pacientų santykius, pažymi, kad medikų autoritetas yra svarbus ir pripažįstamas, nes gydymas – neišvengiamas ryžtingų veiksmų iki galo neapibrėžtoje situacijoje vykdymas, vis dėlto kyla pavojus, kad sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai ir toliau gali likti nuošalėje, jei medikas paliekamas vieninteliu ir galutiniu ekspertu.

Ar modelio elementai gali būti pritaikomi šiuolaikinės mokyklos sveikatos ugdymo procese, kurį įgyvendina mokytojai, mokyklų sveikatos priežiūros specialistai, siekiantys pirminės profilaktikos tikslų – padėti jauniems žmonėms ugdytis sveikos gyvensenos įgūdžius, padedančius nesusirgti? Svarbu pažymėti, kad mokytojai ir mokinių sveikatos priežiūrą

mokykloje vykdančias medikas neišvengiamai patiria situacijas, kuriose jie yra išpareigoję rūpintis vaiko poreikiais ir veikti jo labai priimant paternalistinius eksperto (situacijos vertintojo) sprendimus, nes vaiko gebėjimas priimti sprendimus gali būti nevisiškas / pažeistas ar sumažėjęs dėl pablogėjusios jo sveikatos būklės, pavyzdžiui, mokiniui jaučiant galvos ir (ar) pilvo skausmus, išgyvenant įtampą, nerimą, nuovargį ar silpnumą (Kizas, Ramanauskienė ir kt., 2010; Balevičienė, Paurienė, 2007; Bagdonas, 2003; Starkuvienė, Zaborskis, 2003). Mokiniai, turintys fizinės ir (ar) psichinės sveikatos negalavimų, sergantys lėtinėmis ligomis (virškinimo ir kvėpavimo sistemų ligomis, alergijomis, cukriniu diabetu ir kt.), taip pat reikalauja į individualius jų asmens sveikatos priežiūros poreikius orientuotų mokytojo ir mokyklos mediko veiksmų ir konsultacijų, kaip ir skubios pagalbos atvejais⁴. Tokio pobūdžio mokinių asmens sveikatos priežiūros situacijų valdymui reikalingos klinikinės ir organizacinės mediko kaip specialisto kompetencijos, laiduojančios struktūruotų ryšių su asmens sveikatos priežiūros specialistais palaikymą ir tarpininkavimą sprendžiant vaiko sveikatos problemą, sveikatos duomenų ir informacijos valdymą konstruktyviai bendradarbiaujant su mokytojais ir mokinių tėvais. Profesionalios pagalbos teikimo procesas apima ugdomąjį momentą – aiškių nuorodų, instrukcijų mokiniui suteikimą ir savirūpos mokymą. Pavyzdžiui, dėdamas tvarstį ant žaizdos, mokyklos sveikatos priežiūros specialistas supažindina mokinį su traumų, infekcijų išvengimo priemonėmis. Suteikdamas pirmąją pagalbą kraujavimo iš nosies ar kitų kūno vietų atvejais, specialistas gali konsultuoti mokinį kraujavimo stabdymo strategijų taikymo, patogeninių mikroorganizmų, kurie gali būti perduodami per kraują, ir kitais klausimais. Diskusinis klausimas galėtų būti, kodėl profesionalios pagalbos, integruojančios klinikinį asmens sveikatos priežiūros ir sveikatos ugdymo / mokymo elementus, stokoja šiuolaikinę mokyklą lankantys vaikai. Ar tokios pagalbos vertė sumažėjo ir ją gali kompensuoti biologijos ar kitas mokytojas arba mokyklos personalas? Tradicinę medikalizuotą mokyklos mediko, turinčio asmens sveikatos priežiūros kompetencijų ir patirties, vaidmenį, ypač probleminėse vaiko

⁴ 2010 m. Kauno miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro sveikatos priežiūros specialistai pirmąją pagalbą suteikė 3366 mokiniams, kurių didžioji dalis patyrė įvairias, mažesnes ar didesnes traumas (<http://www.bernardinai.lt/straipsnis/2011-02-11-pirmoji-pagalba-ugdymo-istaigos-veikloje/57786>).

sveikatos pokyčių situacijose, mokiniai, mokytojai ir tėvai dar ir šiandien pripažįsta esminiu, užtikrinant specialisto paslaugos pasiekiamumą ir saugumą (Petrauskienė, 2008).

Biomedicininio modelio taikymas praktikoje susilaukia kritikos dėl asmens laisvo pasirinkimo, autonomijos priimant su sveikata susijusius sprendimus ignoravimo. Tačiau mokyklos sveikatos priežiūros specialistas yra išpareigojęs ir pasirengęs atpažinti pagalbos vaikams situacijas, kurios reikalauja ryžtingų profesionalių sprendimų, vadovaujant ir įtikinėjant mokinį (ar net tėvus (globėjus), stokojančius vaikų asmens sveikatos priežiūros gebėjimų), kad rizikinga sveikatai situacija (ar elgesys) būtų laiku ir veiksmingai sprendžiama. Kitas šio modelio aspektas dar yra ir tas, kad įgyvendindami pirmosios pagalbos teikimo, susirgimų ir imuno-profilaktikos, vaikų sveikatos priežiūros, higienos kontrolės bei stebėsenos reglamentus, mokyklų personalas ir mokiniai bei jų tėvai taip pat yra priklausomi nuo „iš viršaus“ diktuojamų asmens ir visuomenės sveikatos politikos nurodymų bei reglamentų.

Į asmens gyvenimo (elgesio) pokyčius orientuotų modelių charakteristikos, apimančios pagrindinius dėmenis, reikšmingus sveikatos ugdymo veikloms įgyvendinti, pateikiamos 1 lentelėje.

1 lentelė. Į asmens gyvenimo (elgesio) pokyčius orientuotos modelių charakteristikos

Pavadinimas	Dėmenys	Tikslas	Metodai	Sveikatos ugdytojo veiklos
Tikėjimo sveikata modelis	Asmens imlumo susirgimui supratimas, susirgimo sunkumo supratimas, naudos supratimas, sunkumų pripažinimas, asmens aktyvinimas	Skatinti asmenis vengti rizikingo elgesio ir stiprinti „naujos kokybės“ elgesio supratimą	Informacijos teikimas, įtikinėjimas, konsultavimas	Stiprinamas asmens pasiryžimas keisti rizikingą elgesį ir tikėjimas sveikatos rezultatais
Elgesio pokyčių modelis	Iki svarstymo, svarstymo, pasirengimo, veiksmų, rėmimo, užbaigimo stadijos	Skatinti asmenis keisti rizikingą, priklausomą elgesį ir rinktis sveiką gyvenimą	Savigalbos, probleminių situacijų įveikimo technikos, specialistų konsultacijos	Vertinama asmens motyvacija pokyčiams ir parenkama tinkama stadija. Palydėjimas ir asmens atsakomybės supratimo stiprinimas

1 lentelės tęsinys

Pavadinimas	Dėmenys	Tikslas	Metodai	Sveikatos ugdytojo veiklos
Elgesio numatymo modelis	Asmens ketinimai, nuostatos, laukiami rezultatai, rezultatų įvertinimas, socialinės normos, tikėjimas, motyvacija laikytis normų, elgesio kontrolės supratimas ir jo kontrolė	Skatinti asmenis keisti rizikingą elgesį, kontroliuoti elgesį formuojant vertybines nuostatas ir ugdamant valią	Informacijos teikimas, ketinimų, nuostatų, socialinės aplinkos normų analizavimas	Siekama įtraukti asmenį į procesą, įsisauginti sprendimus ir atsakomybę
Vartotojo apdorotos informacijos modelis	Informacijos paieškos, pasirinkimų, pateikimo, naudojimo ir mokymosi, grįžtamojo ryšio procesas	Sveikatos žinių ir informacijos perdavimas	Sveikatos informacinių šaltinių, technologijų naudojimas, rekomendacijų teikimas, žinių supratimo vertinimas	Informacijos asmeniui prieinamumo, patikimumo, aiškumo, pritaikomumo ir naujumo laidavimas
Biomedicininis modelis	Profilaktiniai sveikatos patikrinimai, imunizacija, ligų gydymo nuorodos	Vykdyti sveikatos ugdymą, orientuotą į susirgimų profilaktiką ir gydymo režimą	Direktyvus mokymas ir konsultavimas	Žinių ir informacijos bei nurodymų teikimas

1.2. Bendruomeniniai sveikatos ugdymo modeliai

Į bendruomenės socialinę paramą orientuotas modelis (*Social Networks / Social Support Model*). Šį modelį taikantys sveikatos ugdytojai remiasi socialinių tinklų / socialinės paramos teorijomis, kurios pripažįsta socialinės aplinkos reikšmę kaip lemiamą ir propaguoja socialinę paramą asmenims, siekiantiems geresnės sveikatos ir gyvenimo kokybės (Heaney, Israel, 2002). Modelio tikslas – organizuoti bendruomenės grupes siekiant nustatyti sveikatos stiprinimo interesus ir sudaryti veiksmų planą jiems gerinti. Taikomos tokios priemonės ir veiklos, kurios ugdo bendruomenės narių socialines kompetencijas – bendruomenės narių paramos ir socialinio tinklo mobilizavimo, ryšių su bendruomenės lyderiais palaikymo gebėjimus, draugiškų bendruomenės narių tarpusavio santykių vystymą, savivalbos grupių koordinavimą, natūralių pagalbos teikėjų (savanorių)

bendruomenėje ugdymą, poveikio strategijų taikymą sprendžiant bendruomenės narių sveikatos problemas ir kita.

Sveikatos ugdytojai, įgyvendinantys edukacines programas, remiasi socialinės paramos tinklais, įtraukdami formalius ir neformalius paramos mokiniams teikėjus ir rėmėjus. Socialinius tinklus gali sudaryti mokyklos ir bažnyčios bendruomenių grupės, klubai ar sporto komandos, kaimynai ir draugai, giminaičiai ir kiti. Sveikatos ugdytojai čia atkreipia dėmesį į bendruomenės struktūrą (bendruomenės narių skaičių, tankumą, interesų grupes, poreikius ir kita), sąveiką (dalyvavimą, dalyvių ryšių patvarumą, intensyvumą ir dažnumą, tarpusavio ryšių sklaidą ir kita), praktiškumą / naudingumą (socialinės paramos teikimą, socialinių kontaktų ir išteklių jungimą, socialinio tapatumo palaikymą), socialinę paramą, kuri apima emocinę paramą (išklauskas, rūpinimasis teisingumu), instrumentinę paramą (realių užimtumo, sveikatingumo priemonių, finansinių išteklių, specializuotų paslaugų siūlymai ir kt.); informacinę paramą (patarimai, pasiūlymų, nurodymų teikimas, informacijos perdavimas); vertinamąją paramą (grįžtamojo ryšio tarp socialinio tinklo dalyvių palaikymas).

Socialinė parama ir sveikatos ugdymas nukreipiami į susirgimų lėtinėmis ligomis bendruomenėse mažinimą ir ilgalaikę asmenų sveikatos priežiūrą, informacijos apie sveikatą bendruomenėje sklaidą, sveikatos priežiūros technologijų (kraujospūdžio, gliukozės matavimai kiti sveikatos testai ir kt.) prieinamumą ir pasiekiamumą (DeBarr, 2004; Glanz, Rimer, Lewis, 2002).

Sveikatos ugdytojas, besiremiantis šiuo modeliu, bendradarbiauja su socialinės paramos tarnybomis ir sveikatos priežiūros specialistais (mediku, psichologu, socialiniu pedagogu), organizuoja ir koordinuoja kompleksinės pagalbos vaikams, kurie patiria tėvų nepriežiūrą, turi emocinių, elgesio problemų, išgyvena nerimą, depresiją, valgymo ir kitus psichikos ar fizinės sveikatos sutrikimus, grupeles (Leighton, 2003).

Lietuvoje bendrojo ugdymo mokyklose, įgyvendinant prevencines, krizių įveikimo, sveikatos stiprinimo programas, pripažįstamas specialistų komandos vaidmuo ir specialistų lyderystės bei sveikatos ugdymo kompetencijos (Merfeldaitė, 2008; Gudžinskienė ir kt., 2007). Šio modelio taikymas sveikatos ugdytojo praktikoje remiasi kompetencijomis, kurios padeda modeliuoti organizatoriaus ir ugdytojo vaidmenis, bend-

radarbiaujant su mokyklos bendruomene, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros, psichosocialinės paramos tarnybų specialistais ir kitais suinteresuotais asmenimis.

Bendruomenės organizavimo modelis (*Community Organization Model*). Bendruomenės organizavimo modelis pabrėžia bendruomenės narių socialinę kompetenciją, socialinį dalyvavimą ir ryšių palaikymą, gali būti taikomas atskiros asmens ir bendruomenės lygmenimis. Individo lygmeniu modelio taikymas atpažįstamas tada, kai asmuo įtraukiamas į bendruomenės socialines veiklas ir įgyja tam tikros patirties. Pavyzdžiui, tyrimais nustatyta, kad socialinis dalyvavimas gali sumažinti asmenų sergamumą. Bendruomenės lygmeniu taikomos priemonės, kurios formuoja bendruomenės narių socialines kompetencijas, laiduojančias reikšmingų sveikatos klausimų sprendimą. Bendruomenės organizavimas – dalyvių įsitraukimas į veiklos procesą, mėginant kolektyviai sutarti ir apibrėžti bendros veiklos tikslus, sutelkti išteklius, įgyvendinti planą. Bendruomenės organizavimas apibūdinamas kaip intervencijos ir pokyčio metodas, įtraukiantis asmenis, grupes ir organizacijas spręsti socialines ir sveikatos problemas, siekti sutarimo, daryti poveikį plėtojant institucijų tinklą.

Bendruomenės organizavimas gali būti orientuojamas 1) į *problemų sprendimo procesą* (gyvenamosios vietovės vystymas, pasitelkiant bendruomenės narius, formuojant jų grupes ir stiprinant kooperaciją, bendrystės pojūčio auginimą). Praktikoje tai atpažįstama kaip geros kaimynystės ar savanorystės programos; 2) į *techninį problemų sprendimą* siekiant socialinio planavimo tikslų ir socialinių pokyčių. Praktikoje tai atpažįstama kaip infrastruktūros kūrimas (transportas, aprūpinimas gyvenamuoju būstu ir kitokių gyventojų reikalų sprendimas ar poreikių tenkinimas); 3) į *užduotį ir į procesą*, siekiant padidinti bendruomenės narių problemų sprendimo kompetencijas. Praktikoje tai pasireiškia kaip socialinis veiksmas (civilinės teisės, teisių atstovavimo, užimtumo grupių bei judėjimų kūrimasis, pasitelkiant diskusijas, peticijas, socialines akcijas, spaudos konferencijas ir panašiai (Glanz, Rimer, Lewis, 2002; Campbell, 2001).

Įgyvendinant sveikatos ugdymo programą telkiami bendruomenės nariai, siekiama palaikyti dalyvių tarpusavio ryšius, įgyti kompetencijų,

padedančių valdyti (nustatyti ir spręsti) problemas. Čia sveikatos ugdymas apibūdinamas kaip neatsiejamas nuo veiklos ir dalyvių patirties, santykių ir socialinės aplinkos. Pavyzdžiui, mokinių sveikatos ugdytojai siekia išplėsti neformalias mokymo(-si) aplinkas, už mokyklos ribų inicijuodami socialinius ir sveikatos stiprinimo projektus. Mokiniai mokosi dalyvaujant mokyklos bendruomenės veiklose (pvz., rūpinasi pagyvenusiais ir neįgaliais žmonėmis, dalyvauja labdaros renginiuose, rūšiuoja atliekas, savanoriauja gyvūnų globos tarnybose, saugo augalus, renka vaistažoles ir kt.). Manoma, kad vaikai mokosi tyrinėti bendruomenės poreikius ir imtis veiklos situacijai keisti, taip vystydami socialinę kompetenciją, leidžiančią stiprinti ir asmeninę, ir mokyklos bendruomenės narių sveikatą bei gerovę (Jociūtė, Krupskienė, Sabaliauskienė, Paulauskienė, 2008). Mokyklos sveikatos ugdytojai, inicijuodami ir koordinuodami projektus, motyvuoja ir remia ne tik mokinius, kad šie apsispręstų dalyvauti, įsisauginti savo patyrimą, bet ir tėvus, mokytojus, kad šie mokinius paremtų. Siekiama, kad mokiniai įgytų bendros patirties svarstant mokyklos bendruomenės ar jos grupių problemas, įsitrauktų į sveikatos ir socialinių problemų sprendimo procesus, ugdytųsi atsakingumą bei kritinio mąstymo gebėjimus.

Organizacinių pokyčių modelis (*Organizational Change Model*). Modelis grindžiamas organizacinių pokyčių stadijų ir organizacinio vystymo teorijomis. Praktikoje modelio taikymas siejamas su visuomenės sveikatos politikos plėtojimu, vystant organizacinę struktūrą, kuriant teisinę bazę, numatant finansavimo ir personalo išteklius.

Organizaciniai pasikeitimai siejami su naujų tikslų, programų (pvz., mokyklos bendruomenės sveikatos stiprinimo, mokinių sveikatos ugdymo) ar technologijų, idėjų įgyvendinimu remiantis stadijomis, kurių kiekviena yra unikali, fiksuojant progreso vyksmą. *Supratimo stadijoje* problemos yra pripažįstamos ir nagrinėjamos, siūlomi ir vertinami sprendimai; *priėmimo stadijoje* formuluojama veiklos kryptis, ištekliai ir jų perskirstymas; *įgyvendinimo stadijoje* reaguojama ir vertinami įvykė pasikeitimai; *instucionalizacija* vyksta tada, kai veiklos programa, jos tikslai ir vertybės tampa bendra organizacijos veiklos struktūros dalimi. Pokyčių „judėjimas“ iš vienos stadijos į kitą gali būti veržlus arba lėtas ar nutrūkęs bet kuriame etape. Pavyzdžiui, įgyvendinant sveikatos ugdymo programą

mokykloje, aktualu suprasti skirtingų dalyvių vaidmenis ir jų reikšmę organizacinių pokyčių procese. Aukščiausio organizacinio lygmens administratoriaus vaidmuo svarbus pokyčių supratimo ir priėmimo stadijose. Vidurinės organizacinės grandies / lygmens administratoriaus vaidmuo reikšmingas, pvz., sveikatos ugdymo programos priėmimo ir įgyvendinimo stadijose, suprantant, kad mokyklos specialistai (sveikatos priežiūros specialistas, mokytojai, socialinis pedagogas, psichologas) yra apibūdinami kaip pokyčius įgyvendinantys asmenys. Proceso pabaigoje – institucionalizacijos stadijoje pažymimas aukščiausio organizacinio lygmens administratoriaus vaidmuo. Pripažįstama organizacinė kultūra ir organizacinė kompetencija (Steckler, Goodman, Kegler, 2002).

V. Gudžinskienė (2007), nagrinėjusi mokyklų vadovų požiūrį į sveikatingumo veiklą, atkreipė dėmesį, kad Lietuvoje kiekviena mokykla gali keisti ir rinktis priimtina sveikatos ugdymo programos įgyvendinimo būdą, kurio pasirinkimą daugeliu atveju lemia ne tik mokytojų kompetencija sveikatos stiprinimo srityje, bet ir mokyklų vadovų požiūris bei vaidmuo. Autorė pažymi, kad Lietuvos mokyklose sveikatos ugdymo programa įgyvendinama nenuosekliai ir nepasiekia reikšmingesnių mokinių sveikos gyvensenos pozityvius pokyčius rodančių rezultatų. Sveikatą stiprinančios mokyklos kūrimo procese kuriant iniciatyvinę grupę ir kuriant programą (ypač pradiniam etape) svarbus vadovo vaidmuo. Tyrimais įrodyta, kad mokykla pasiekia geresnių rezultatų, kai iniciatyvinės grupės pirmininkas yra mokyklos direktorius, vėliau šią poziciją gali perimti kitas mokyklos administratorius ar mokytojas (Jociutė, Krupskienė, Sabaliauskienė, Paulauskienė, 2008). Lietuvos mokyklos bendruomenėje dirbantis medikas gali atlikti iniciatyvinės grupės nario, pokyčių rėmėjo ir koordinatorius vaidmenis. Tačiau minėtų vaidmenų įgyvendinimo sunkumus gali lemti ribotas mokyklos mediko įsitraukimas į mokinių sveikatos priežiūros ir stiprinimo programų svarstymus, mokyklų medikų statuso ir pavaldumo neapibrėžtumas, jų gebėjimų daryti įtaką silpnumas, sveikatos ugdymo, pokyčių valdymo ir komandinio darbo kompetencijų stoka.

Ekologinis modelis (*Ecological Models*). Ekologinis modelis pripažįsta priemones, kurios daro poveikį asmeniui(-ims) ir socialinės aplinkos pokyčiams. Gyvensenos keitimas (sveikatos ugdymo poveikis) dau-

giau siejamas su pokyčiais asmens lygmeniu nei su socialinės ir fizinės aplinkos pokyčiais, svarbiais keičiant rizikingą elgesį. Ekologinis modelis žmogaus elgesio pokyčius apibūdina remdamasis veiksniais, tokiais kaip (Sallis, Owen, 2002; Campbell, 2001; Howard, Nieuwenhuijsen, Seleeby, 2008):

- asmenybiniai veiksniai – pokyčiai vyksta asmens lygmeniu ir apima: žinias, gebėjimus, nuostatas ir atitinkamos elgesio normas. Taigi sveikatos ugdymas pabrėžia asmens įgalinimą, savarankiškumo ir savikontrolės gebėjimus, asmens pasirengimą pokyčiams; ketinimus, savęs palaikymą ir pokyčių naudos supratimą;
- tarpusavio santykiai – ryšiai su šeima, draugais, kaimynais, pažįstamais daro poveikį sveikatai palankiam asmens elgesiui formuotis. Asmuo gali priklausyti vienam ar keliems socialiniams tinklams, kuriuose išmoksta tam tikrų elgesio normų ir sulaukia paramos;
- veiksniai, susiję su organizacija, – organizacinės charakteristikos apibūdinamos kaip padedančios keisti elgesį. Mokykla, darbas, Bažnyčia, profesionalų ar kaimynų grupės, gali turėti teigiamą arba neigiamą poveikį. Šios organizacijos gali suteikti paramą ar sudaryti galimybes pageidaujamo elgesio pokyčiui. Organizaciniai pokyčiai reikalingi paremti ilgalaikius organizacijos narių elgesio pokyčius;
- bendruomenės veiksniai – bendruomenės gali sudaryti grupes (šeimų, kaimynų, bažnyčios narių) ir imtis priemonių, ieškoti išteklių pokyčiams. Bendruomenės gali palaikyti ryšius su įvairiomis organizacijomis ir politikais, kurie gali prisidėti ieškant išteklių, sudarant koalicijas, planuojant sveikatos ugdymo programas ar priemones, sprendžiant neįgaliųjų, kitų socialinių grupių sveikatos problemas ir kitus susijusius klausimus;
- visuomenės politika – visuomenės sveikatos politika apima teisinį juridinį reguliavimą, procedūras nacionaliniu ir vietiniu lygmenimis, visuomenės sveikatos politikos prioritetinių krypčių nustatymą ir kitus klausimus.

Taigi žmonių elgesiui daro poveikį tarpusavyje sąveikaujantys vidiniai asmenybiniai ir išoriniai (sociokultūriniai, politiniai, fizinės aplin-

kos) veiksniai. Sveikatos ugdytojams, siekiantiems atkurti pusiausvyrą tarp asmenų poreikių ir aplinkos sąlygų, yra svarbu atkreipti dėmesį į individualių asmens kompetencijų spręsti su sveikata susijusias problemas vystymą, natūralias (šeima, draugai, kaimynai ir kt.) bei formalias (sveikatos priežiūros institucija, mokykla, socialinės tarnybos ir kt.) aplinkas, susiejant asmenis su pagalbos ištekiais, paslaugomis ir išplečiant problemų sprendimo galimybes. Pavyzdžiui, manoma, kad veiksmingos kompleksinės mokinių sveikatos stiprinimo programos, vykdomos glaudžiai bendradarbiaujant mokyklos specialistams (mokyklos medikui, psichologui, socialiniam pedagogui / darbuotojui, mokytojams) ir bendruomenei, sulaukia visuomenės sveikatos ir švietimo politikos palaikymo bei paramos. Tačiau plačiai partnerystei organizuoti reikia didesnių sąnaudų (Jociūtė, Zaborskis, 2000). Modelio taikymo mokykloje sudėtingumą lemia programos dėmenų (visapusiškas sveikatos ugdymas, sveikatos priežiūra, psichologinių ir socialinių tarnybų paslaugos bei konsultavimas, maitinimo organizavimas, saugi mokyklos aplinka, mokyklos personalo, šeimos ir bendruomenės įtraukimas) modeliavimas ir pritaikymas atskiriems mokiniams ar (ir) jų grupėms, vadovavimo struktūros kūrimas, aplinkos veiksnių vertinimas. Modelio įgyvendinimo sėkmė siejama su veiksmingu sveikatos stiprinimo programos veiklų koordinavimu, lyderyste ir komandiniu darbu bei tarpsektoriniu bendradarbiavimu ir bendruomenės narių dalyvavimu (Lohrmann, 2010; Joyce, 2010; Crowley, 2001).

Ekologinio modelio strategijos, veikiančios asmenų elgesį, gali būti įgyvendinamos bendrojo ugdymo mokyklose, kuriose bendruomenės nariai prisiima išsipareigojimus ir remiasi bendradarbiavimu bei koordinuota veikla, apimančia veiklos kokybės ir pokyčių vertinimą mikro- ir mezolygmenimis. Pavyzdžiui, numatomi sveikatos ugdymo įgyvendinimo bendrojo ugdymo programoje (pradinėse, pagrindinėse, vidurinėse klasėse) ir asmens sveikatos priežiūros bei konsultavimo paslaugų mokykloje sistemingumo, veiksmingumo, prieinamumo vertinimo parametrai; nagrinėjamos socialinės ir ekologinės struktūros (organizacinės, funkcinės, plėtojama estetiška mokyklos infrastruktūra, sveikatą remiančios mokymosi ir edukacinės aplinkos), gerinančios mokinių ryšį su mokykla ir padedančios siekti sveikatos bei akademinių rezultatų; mokinių šeimų

aplinka, formuojanti teigiamą arba neigiamą polinkį į sveikos gyvensenos užsiėmimus. Pagrindinis mokyklos sveikatos ugdytojų uždavinys – kurti mokiniams ugdymosi aplinkas, grindžiamas jų gyvenimo patirtimi, šeimos ir bendruomenės sveikatos vertybėmis, kad čia jie galėtų vertinti kultūrinę įtaką sveikatai puoselėti (Lohrmann, 2010; Waters, Cross, Runions, 2009).

Sveikatos ugdytojai remiasi įgalinimu, tarpininkavimu / koordinavimu, sveikatą remiančių ugdymo aplinkų kūrimu, siekdami tenkinti atskiro asmens, grupių ir bendruomenės poreikius, susijusius su sveika gyvensena (PSO, 1997). Sveikatos ugdymo siekis – suteikti asmeniui, jų grupėms aukštesnę sveikatos kokybę, iš esmės pagerinti jų sveikatą (Adaškevičienė, 1999), 1) įgalinant juos priimti sveikos gyvensenos sprendimus; 2) ugdant besimokančiųjų socialinius įgūdžius: problemų sprendimų, bendradarbiavimo gebėjimus, emocinę savikontrolę ir išraišką, savęs pažinimą; 3) skatinant mokyklos bendruomenės narių, šeimų ir kitų tarnybų dalyvavimą sveikatos ugdymo programose; 4) integruojant sveikatos ugdymą į bendrąją mokyklos ugdymo programą (Tossavainen ir kt., 2004). Šis edukacinis procesas apima mokyklos ir užmokyklinės aplinkas, tarpasmeninės (pedagogų, mokinių, tėvų, kitų bendruomenės narių) sąveikos plėtojimą ir mokinį, kaip individą bei kaip bendruomenės (visuomenės) narį.

Mokslinėje literatūroje randama duomenų apie mokyklos sveikatos priežiūros specialistą – sveikatos ugdytoją, konsultavimo veikloje taikančią ekologinį modelį. Konsultavimas aprėpia specialisto – praktiko pagalbą mokiniui, sveikatos ugdymą ir susirgimų prevenciją. Mokyklos specialistas konsultuoja mokinius ir jų tėvus (ar globėjus), kitus šeimos narius bei mokytojus, kitų tarnybų personalą, siekdamas užtikrinti saugią ir sveiką vaiko aplinką, susirgimų prevenciją, specialių vaikų (pvz., sveikatos priežiūros ir mitybos) poreikių tenkinimą, psichinės sveikatos stiprinimą, sveikatos ir socialinės priežiūros specialistų paslaugų prieinamumą (Salis, Owen, 2002). Lietuvos mokyklų sveikatos priežiūros specialistai mokinių konsultavimą laiko svarbia sveikatos ugdymo veikla (Žeromskienė, Šurkienė ir kt., 2009).

Į bendruomenės sveikatos ugdymo kompetencijas orientuotų modelių charakteristikos nurodytos 2 lentelėje.

2 lentelė. Bendruomeninių sveikatos ugdymo modelių charakteristikos

Pavadinimas	Dėmenys	Tikslas	Metodai	Sveikatos ugdytojo vaidmenys
Į bendruomenės socialinę paramą orientuotas modelis	Bendruomenės poreikiai, socialiniai tinklai, socialinė parama, socialinė kompetencija	Inicijuoti bendruomenės narius tenkinti sveikatos poreikius, remtis bendruomenės ištekliais	Bendradarbiavimas, diskusijos, derybos, bendruomenės tinklo ir paramos struktūros vertinimas	Iniciatoriaus, organizatoriaus, rėmėjo
Bendruomenės organizavimo modelis	Socialinė bendruomenės narių kompetencija, socialinis dalyvavimas ir tarpusavio ryšiai	Įgalinti bendruomenės narius tenkinti savo poreikius, dalyvauti priimant su sveikata susijusius sprendimus	Bendradarbiavimas, bendruomenės pokyčių plano modeliavimas, informacinės kampanijos, neformalus mokymas, savanorystė	Iniciatoriaus, pokyčių rėmėjo
Organizacinių pokyčių modelis	Supratimo, priėmimo, įgyvendinimo ir institucionalizacijos stadijos, organizacinė kultūra ir kompetencija	Plėtoti naujas bendruomenės sveikatos poreikius tenkinančias programas	Bendradarbiavimas, projektų rengimas, rezultatų numatymas ir vertinimas	Iniciatyvinės grupės narys, pokyčių rėmėjas, koordinatorius
Ekologinis modelis	Veiksniai: asmenybiniai, tarpasmenybiniai bendruomeniniai, organizaciniai, politiniai	Atkurti pusiausvyrą tarp asmenų poreikių ir aplinkos sąlygų	Bendradarbiavimas, derybos, socialinių programų rengimas, organizacinės struktūros vystymas, informacinės kampanijos ir kt.	Veiklų koordinatorius, rėmėjas, derybų vedėjas ir kt.

1.3. Profesionalus rūpinimasis asmens ir bendruomenės sveikata

Rūpinimasis žmonėmis apibūdinamas kaip tikslingas procesas ir kompleksinių veiklų atlikimas, kaip asmenų sąveika, reikalaujanti jausmų (Caliandro, Judkins, 1988). Pasak M. Leininger (1984) teorijos, rūpestis yra vyraujanti ir suvienijanti siekiant pagalbos žmogui esmė, kuri atsiskleidžia

profesinėje mediko veiklos kultūroje. Rūpesčio kultūra – tai perduodamos vertybės, nuostatos, normos, gyvenimo patirtis. *Profesionalus rūpinimasis* apima asmens pažinimą ir sąmoningus tikslus, procesus ir veiksmus, kuriuos įgyvendina sveikatos priežiūros profesionalas ar jų grupės, kai jos teikia pagalbą ar asistuoja kitiems, kai turi aiškias nuostatas, siekiant geros asmenų savijautos, padedant susidoroti su sunkumais ir tenkinant akivaizdžius asmenų poreikius. Pagrindinės rūpinimosi reikšmės profesionalumui plėtotis yra: kryptingumas, iškilusiam tikslui pasiekti ir pripažintos veiklos modelis, suderinta bei dinamiška veiklos eiga ir būdai patirti artimus ryšius bei draugystę. Rūpinimasis apibūdinamas kaip veiklos būdas mediko kūrybiškumui atsiskleisti (Smith, Watson, 2002).

Rūpinimasis žmogumi įprasmina kasdienę mokyklos sveikatos priežiūros specialisto praktiką, išryškina esminius rūpinimosi mokiniams elementus, vertybes, pažinimo metodus, kurie paaikškina pagalbos veiklų atlikimo virsmą rūpinimosi žmogumi profesija. Profesionalus rūpinimasis pasižymi kompleksiskumu ir apima asistavimo, pagalbos / sveikatos priežiūros, ugdymo veiklas, kurias atliekant siekiama asmens proto, kūno ir dvasios harmonijos (proto, kūno ir sielos vienvė yra tapati sveikatai), padedant asmeniui ar jų grupėms tenkinti savo poreikius, gerinti gyvenimo sąlygas ir gyvenimą.

Savirūpos modelis. Lietuvos bendrojo ugdymo mokyklose dirbantys sveikatos priežiūros specialistai – bendruomenės slaugytojai (pervadinti visuomenės sveikatos priežiūros specialistais), savo veiklą grindžia profesinės slaugos praktikos vertybėmis – pripažįsta žmogaus prigimtine teisę, atsakingumą ir gebėjimus rūpintis savimi, taip pat pagarbą asmens laisvam pasirinkimui įgyvendinant savirūpos tikslus ir telkiant asmenines pastangas. Šio modelio mokyklos sveikatos priežiūros praktikoje tikslas – mokinių savirūpos gebėjimų ugdymas siekiant asmens raidos bei nepriklausomybės ir savarankiškumo. Sprendimų priėmimas grindžiamas tiesioginiais specialisto – mokinio (jo tėvų) tarpusavio santykiais kartu svarstant informacijos priėmimą, sprendimų poveikį, atsakomybės pasidalijimo ribas. Asmens savirūpos gebėjimų ugdymas apima poreikių nustatymą, tiesioginę specialisto pagalbą ir mokymą bei konsultavimą, vadovavimą. Mokyklos specialistas dėmesį sutelkia į asmens stimuliavi-

mą, motyvacijos stiprinimą, kūrybiškus mokymo(-si) mėginimus, problemų sprendimo gebėjimų stiprinimą, įtraukiant asmenis į pagalbos sau ir bendravimo procesą. Šis modelis orientuotas į tikslinę mokinių grupę, siekiant susirgimų prevencijos tikslo, suteikiant asmeniui(-ims) galių valdyti sprendimus ir prisiimti atsakomybę už sveikatos sprendimus, išvengti ligų, valdyti stresą, keisti aplinką ir gyvenseną. Tai pasiekama derinant ilgalaikes, kryptingas ir kompleksines pagalbos / sveikatos priežiūros ir sveikatos ugdymo veiklas, kurių įgyvendinimo sėkmingumą lemia atviri ir nenutrūkstantys dalyvių ryšiai (Macduff, Sinclair, 2008; Caliandro, Judkins, 1988).

Mokyklose dirbantys specialistai aiškinasi vaikų savirūpos stoką ir padeda jiems ją pašalinti. Specialisto dėmesio cente yra tie mokiniai, kurie išreiškia skurdų ar iškreiptą savęs išsivaizdavimą, stokoja gyvenimo įgūdžių ir socialinių ryšių bei paramos, sveikatos palaikymo ir stiprinimo žinių bei supratimo, negeba rūpintis savimi dėl fizinės ir (ar) psichinės sveikatos sutrikimų. Specialistai čia siekia įvertinti vaiko savęs supratimą, gyvenimo tikslus, pažintinius ir mokymosi įgūdžius, jutimo, judėjimo funkcijas, koordinaciją, savidisciplinos ir problemų sprendimo gebėjimus, sveikatos priežiūros žinių lygį, socialinės paramos aplinką, pasirengimą dalyvauti individualizuotoje sveikatos ugdymo programoje.

Savirūpos įgūdžių ugdymas apima mokinių supažindinimą su kūno priežiūra, fizine sveikata, sveikatos priežiūros programa: imunizacija, reigos ir klausos, laikysenos ir kitomis sveikatos priežiūros programomis bei gydytojų specialistų rekomendacijomis. Savirūpos gebėjimų lavinimas įgyvendinamas jau pradinėse klasėse, mokant vaikus suprasti savo sveikatos problemas ir sieti jas su gyvenimo tikslais (Žydzūnaitė, 2000; Erickson, 1998; Proctor, 1993).

Savirūpos gebėjimų ugdymas siejamas su mokinių sveikatos priežiūra, neužbaigiamas pradinėse klasėse, o plėtojamas vyresniųjų klasių mokinių grupėse. Mokyklos medikas vertinamas kaip palaikantis ryšius su pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais, kurie gali būti kviečiami paaiškinti specifines mokinių sveikatos problemas, papildyti jų anatomijos ir psichologijos žinias, padedančias išsąmoninti rūpinimosi savimi veiklas. Jis taip pat bendradarbiauja su dalykų mokytojais, kurie integruoja savirūpos temas pamokose.

Tai tiesioginės mokyklos sveikatos priežiūros specialisto praktikos, orientuotos į individo sveikatos lygmenį, modelis.

Bendruomenės sveikatos stiprinimu grindžiamas rūpos modelis.

Modelis grindžiamas visuomenės sveikatos stiprinimo perspektyva, todėl mokyklos sveikatos priežiūros specialistas, taikantis šį modelį, remiasi bendruomenės – šeimos – asmens (mokinio) – sveikatos priežiūros profesionalų ryšiais, pirminės asmens sveikatos priežiūros / slaugos ir visuomenės sveikatos priežiūros praktikos neatskiriamumu. Pagrindiniai modelio dėmenys apima (Caliandro, Judkins, 1988; Ericksen, 1998):

- **sveikatos priežiūros praktikos atsakomybės sritis**, t. y. tiesioginę pagalbą asmenims ir mokyklos bendruomenės grupėms, sveikatos konsultavimą ir sveikatos ugdymą; *visuomenės sveikatą – tikslinę ir atrankinę pirminę prevenciją*, tyrimų duomenų analizavimą, bendruomenės aplinkos kontrolę, *šeimos sveikatos ir bendruomenės vystymą*;
- **praktinės veiklos procesus**: *pagalbos ryšių bendruomenėje plėtojimą* (nustatymas, sutvirtinimas, palaikymas), *įvertinimą* (sveikatos sunkumų, bendruomenės ir šeimos pajėgumų, apribojimų, išteklių, veiklos modelių), *tikslų, orientuotų į šeimą ir bendruomenę, nustatymą, įgyvendinimą* (pasirinkimai, sprendimų – rezultatų apibrėžimas, laiko planavimas, mobilizacija, įsitraukimas, kontrolė), *vertinimą* (tikslai – rezultatai, rezultatai – potencialūs ryšiai, paaiškinimai, ataskaitos). Pavyzdžiui, sveikatos priežiūros specialistas pateikia mokinių sveikatos duomenis ir sveikatos stiprinimo mokyklos bendruomenėje prioritetus bendrojo ugdymo institucijos vidaus audito koordinavimo darbo grupei (Ustilaitė, Stonienė, Dapkevičienė, 2008);
- **pagalbos ryšių aplinkas**: *šeima, mokykla, bendruomenė, bendruomenės institucijos, nuo kurių priklauso sveikatos problemų sprendimas ar sveikatos stiprinimo plėtojimas*.

Modelis pabrėžia keturis sveikatą lemiančius veiksnius: *biologinį* (žmogaus fiziologija, genetika, raida), *aplinkos* (fizinis, psichologinis bei socialinis kontekstas, kuris veikia sveikatą), *gyvenimo būdo* (vartojimas,

laisvalaikis, užsiėmimas), *sveikatos priežiūros paslaugas* (naudingumas, prieinamumas, panaudojimas) (Capuzzi, 1996).

Savitarpio pagalba grindžiamas rūpos modelis. Šis praktikos modelis sutelkia dėmesį į pagalbos ryšius ir santykius, kurie yra būtini vystant mokinio ir jo šeimos (globėjų) rūpinimosi aplinką, įtraukiant visus suinteresuotus asmenis, specialistus ar kolegas. Tikslas – profesionalaus rūpinimosi procese vystyti veiksmingus pagalbos santykius padedant mokiniui ir jo šeimai įveikti sunkumus, taip pat tenkinti sveikatos priežiūros ir stiprinimo poreikius (Koloroutis, 2004).

Mokyklos mediko, kaip pagalbos teikėjo, ir mokinio santykiai yra rūpinimosi pagrindas, būtina vienas kito pažinimo ir supratimo sąlyga. Kad būtų galima vystyti santykius, būtinas pasitikėjimas, konfidencialumas, bendra veikla ir patirtis. Pavyzdžiui, mokykloje dirbantis sveikatos priežiūros specialistas, siekiantis įgyti vaikų ir tėvų pasitikėjimą, kartu sprendžia kilusias problemas (rizikingo sveikatai elgesio, paauglių nėštumo, sveikatos sutrikimų kontrolės ir kt.) ir patiria situacijas, reikalingas konfidencialumo ir jautrumo, pasitikėjimo kitais ir savimi, bendravimo kompetencijos. Veiksmingas bendravimas čia įvardijamas kaip būdas, leidžiantis priartėti prie mokinio (jo tėvų), be kurio neįmanomas aiškus, tikslus sveikatos problemų ir sveikatos ugdymo poreikių nustatymas, kitų rūpinimosi veiklų plėtojimas (Paavilainen, Astedt – Kurki, 1997; Wondrak, 1998).

Modelis pabrėžia konstruktyviu bendravimu ir bendradarbiavimu grindžiamą specialisto praktiką, lemiančią pagalbos mokiniams veiksmingumą. Ryšiai su kolegomis grindžiami pasitikėjimu, abipuse pagalba, parama, atviru ir nuoširdžiu bendravimu. Modelio dėmenys apima lyderystę ir komandinę darbą, kompleksines profesionalaus rūpinimosi veiklas, išteklius (laiko, personalo, finansinius) ir rezultatų vertinimą. Įgyvendinant šį rūpos modelį mokyklos specialistui svarbu vertinti atsakomybę bendraujant su kitais ir priimant sprendimus, nuosekliai įgyvendinti mokinių sveikatos priežiūros ir edukacinius procesus bei komunikaciją, rūpintis vadovavimu ir procesų tobulinimu mokyklos ir užmokyklinėse aplinkose (Koloroutis, 2004).

Rūpos modelių dėmenys pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. Rūpos modeliai

Pavadinimas	Orientacija	Tikslas	Veiklos	Mokyklos mediko – sveikatos ugdytojo vaidmenys
Savirūpos modelis	1. Į ilgalaikį savirūpos procesą 2. Į asmens savirūpos gebėjimus 3. Į asmens susirgimų prevenciją	Stiprinti asmens savirūpos gebėjimus, nepriklausomybę ir savarankiškumą	Vadovavimas, pagalba, aplinkos pritaikymas / vystymas, mokymas	Praktiko – pagalbos teikėjo ir sveikatos ugdytojo
Bendruomenės sveikatos stiprinimo grindžiamas rūpos modelis	1. Į bendruomenės, šeimos, asmens ir profesionalų tarpusavio ryšius 2. Į visuomenės sveikatos stiprinimo procesus	Rūpintis bendruomenės sveikatos stiprinimo poreikiais	Pagalbos ryšių plėtojimas, bendruomenės poreikių įvertinimas, programos rengimas ir įgyvendinimas, rezultatų vertinimas	Sveikatos ugdytojo, konsultanto, programų koordinatoriaus, tyrėjo
Savitarpio pagalba grindžiamas rūpos modelis	1. Į kolegialius pagalbos ryšius 2. Į pagalbos procesų tobulinimą 3. Į sveikatos priežiūros aplinką	Plėtoti veiksmingus kolegialios pagalbos santykius padedant klientui (šeimai) tenkinti sveikatos poreikius	Bendradarbiavimo struktūros kūrimas, partnerystės plėtojimas, bendravimo sunkumų įveikimas ir kolegialios veiklos vertinimas	Atvejo vadybininko, lyderio, koordinatoriaus

Apibendrinimas. Sveikatos ugdymo modelių (1 lentelė), orientuotų į sveiką gyvenseną – į palankius sveikatai asmens(-ų) elgesio pokyčius, taikymas sveikatos ugdytojų praktikoje sutelktas į atskirus atvejus ar į tikslines grupes, apibrėžus rizikingo sveikatai elgesio keitimo (profilaktinius / prevencinius) siekius, kurių tenkinimas neatsiejamas nuo pokyčių inicijavimo asmens socialinėje aplinkoje. Modelių taikymas remiasi sveikatos ugdymo procesu, grindžiamu tiesiogine sveikatos ugdytojų ir ugdytinių sąveika, siekiant asmenų elgesio ir gyvensenos pokyčių. Sveikatos ugdytojo vaidmenys varijuoja nuo žinių ir nuorodų teikėjo link motyvaciją pokyčiams stiprinančio vaidmens, palydinčio ir remiančio ugdytojo, padedančio mokiniui(-iams) suprasti ir įsisąmoninti atsakomybę, keisti nuostatas ir elgesį.

Svarstydamas dėl funkcinų modelių pritaikymo praktikoje, sveikatos ugdytojas siekia geriausių individualizuotų sprendimų, tenkinančių atskiro asmens ar tikslinių mokyklinio amžiaus vaikų grupių poreikius ar interesus, nepaisant prieštaraujančių ar net mokyklos bendruomenės nuorodų. Sveikatos ugdytojams (mokytojui, sveikatos priežiūros specialistui) svarbu remtis kompetencija ir pagalbos (mokyklos viduje ir už jos) ištekiais, numatyti laiko, reikalingo procesui įgyvendinti, sąnaudas. Pavyzdžiui, jei mokyklos sveikatos priežiūros specialisto, kaip sveikatos ugdytojo, tiesioginio bendravimo su mokiniais laikas yra apribotas (tarkime, dirba ne visu krūviu ir vykdo formalų fragmentišką sveikatos mokymą klasėse)⁵, gali būti sudėtinga nuosekliai įgyvendinti veiklos procesą ir vertinti jo veiksmingumą. Pažinimo teorinėmis koncepcijomis grindžiami modeliai pabrėžia informacijos ir žinių asmeniui(-ims) perteikimą, padedantį priimti su sveikata susijusius sprendimus. Sprendimų priėmimo modeliai remiasi atvejų analizavimu, kritinio mąstymo ugdymo gebėjimų ugdymu. Modelių pasirinkimą lemia mokinio(-ių) sveikatos ugdymo poreikiai, kuriuos tenkinant gali prireikti įvairių kitų modelių – eklektinės veiklos metodų, kai įgyvendinant programą(-as) gali dalyvauti mokytojas, socialinis pedagogas, mokyklos sveikatos priežiūros specialistas ir kiti suinteresuoti asmenys, nubrėžiantys proceso struktūrą ir skirtingų veiklų apimtį bei atsakomybių ribas.

Į socialinius pokyčius orientuotų modelių taikymas mokykloje lemia sveikatos ugdytojo (mokytojo ar mokinių sveikatos priežiūros specialisto) koordinatoriaus, pokyčių planuotojo / organizatoriaus vaidmenų poreikius, kuriant formalias ir neformalias mokinių sveikatos ugdymo ir saviugdos aplinkas, buriant mokyklos bendruomenės narių išteklius. Bendruomeniniai modeliai pažymi bendruomenės narių įgalinimą ten-

⁵ Žeromskienė, D.; Šurkienė, G.; Namajūnaitė, G.; Aleksejevaitė, D. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, dirbančių mokyklose, darbo ypatumai. *Sveikatos mokslai*. 2009, 3 (69): 2379–2383. 62,1 proc. Lietuvos mokyklose dirbančių visuomenės sveikatos priežiūros specialistų dirba keliose darbovietėse, iš jų 55 proc. dirba asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Daugiau kaip trečdalyje mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistės daugiausia savo darbo laiko skiria pažymoms apie mokinių sveikatos profilaktinius patikrinimus tvarkyti. Tai siejama su reglamentuota specialisto funkcija – mokinių sveikatos duomenų rinkimu, apibendrinimu ir pateikimu mokyklos bendruomenei bei kitoms institucijoms.

kinti savo poreikius, dalyvauti priimant su sveikata susijusius sprendimus. Tarp profesinio bendradarbiavimo, derybos vietiniu ir nacionaliniu lygmenimis, socialinių programų rengimas, organizacinės struktūros vystymas, informacinės kampanijos yra sveikatos ugdytojo veiklos, nukreiptos į ekologinių mokyklos aplinkų kūrimą ir mokinių ryšio su mokykla gerinimą, įtraukiant bendruomenės narius.

Mokslinėje literatūroje mokyklų sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo grindžiamas profesionalaus rūpinimosi teorine koncepcija, pabrėžiančia sveikatos priežiūros veiklų įtraukimą į mokinių sveikatos ugdymo procesą, numatant tikslus ir integruotą veiklos programą. Specialisto praktikoje jungiami rūpos ir sveikatos ugdymo modelių elementai, nurodantys veiklos perspektyvą, siejamą su tikslinių mokinių grupių savirūpos poreikių (savirūpos modelis) tenkinimu, ugdant palankaus sveikatai elgesio supratimą, tiesioginės pagalbos situacijose. Savirūpos modelis pripažįsta asmens(-ų) savarankiškumo ir savirūpos gebėjimų ugdymą ir sveikatos ugdytojo – profesionalios pagalbos teikėjo vaidmenis. Bendruomenės sveikatos stiprinimu grindžiamas rūpos modelis remiasi sveikatos priežiūros atsakomybės sritimis, praktinės veiklos, apimančios sveikatos ugdymą, procesais, pagalbos ryšiais bendruomenėje, kompleksiniu sveikatos priežiūros specialisto vaidmeniu (praktiko, sveikatos ugdytojo, programų koordinatoriaus, tyrėjo). Pagrindinės savitarpio pagalba grindžiamo rūpos modelio charakteristikos yra: bendradarbiavimo struktūros kūrimas, partnerystės plėtojimas, bendravimo sunkumų įveikimas ir kolegialios veiklos vertinimas.

Lietuvos bendrojo ugdymo mokyklų mokytojų ir sveikatos priežiūros specialistų, kaip mokinių sveikatos ugdytojų, vaidmenų raida apima šimtmečio tradiciją. Tolesnė jų plėtojimo perspektyva – veiklos modeliai, padedantys tenkinti mokinių ir jų tėvų poreikius, vertinti jų praktiką veikiančius veiksnius, tokius kaip švietimo ir asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros politika, sveikatą stiprinančios (ekologinės) mokyklos aplinka ir ištekliai, sveikatos ugdytojo statusas ir kompetencija bei veiklos kryptys, metodinė parama ir dalyvių bendradarbiavimo ryšiai.

LITERATŪRA

1. Adaškevičienė, E. *Vaikų sveikatos ugdymas pedagoginiu aspektu*. Vilnius: Lietuvos mokslo ir informacijos centras, 1999, p. 5–27.
2. Aiken, E. *Curriculum and Faculty Development in Community – Based Care: School Nurses and Nurse Educators Collaborate*. Southern Regional Education Board, Atlanta, GA. Council of Collegiate Education for Nursing, 2000, p. 38.
3. Bagdonas, A. Mokinių stresas ir mokyklos baimė: turinys ir raiškos ypatumai. *Pedagogika*. 2003, 68: 322–327.
4. Balevičienė, S.; Paurienė, L. *Aukštesniųjų klasių mokinių sveikata: pokyčiai per penkerius metus*. Švietimo problemos analizė. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija, 2007.
5. Bellamy, R. An introduction to patient education: theory and practice. *Medical Teacher*. 2004, 26, 4: 359–365.
6. Berger, P.; Luckmann, Th. *Socialinis tikrovės konstravimas*. Vilnius: Pradai, 1999.
7. Better Schools through Health: The 3rd European Conference on Health Promoting Schools. Conference Report, 15–17, June, 2009, Vilnius, Lithuania.
8. Brauminger, N.; Edelsztein, H.; Morash, J. Social information processing and Emotional Understanding in Children with LD. *Journal of Learning disabilities*. 2005, 38, 1: 45–61.
9. Butkienė, G.; Kepalaitė, A. *Mokymasis ir asmenybės brendimas*. Vilnius: Margi raštai, 1996, p. 298.
10. Caliandro, G.; Judkins, B. *Primary Nursing Practise*. Scoot, Foresman and Company. Glenview, Illinois Boston London, 1988, p. 151–168.
11. Campbell, C. (2001). *Health Education Behavior Models and Theories – A Review of Literature*. <<http://msucares.com/health/health/appa1.htm>>.
12. Capuzzi, C. *Families and Community Health Nursing*. Hanson, Sh., Boyd, Sh. Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research. Philadelphia, 1996.
13. Crowley, A. Child Care Health Consultation: An Ecological Model. *Journal of Pediatric Nursing*. 2001, 6 (4): 170–180.
14. Daddario, D. A Review of the Use of the Health Belief Model for Weight Management. *MEDSURG Nursing*. 2007, 16 (6): 363–366.
15. Davidavičienė, A., G. *Antialkoholinis, antinarkomaninis ir antinikotininis darbas mokykloje*. Vilnius: Lietuvos TSR sveikatos apsaugos ministerija, 1987.
16. DeBarr, K. A. A. *Review of Current Health Education Theories*. Californian Journal of Health Promotion. 2004, 2 (1): 74–87.
17. Ericksen, C. *School nursing and health services: A Resource and Planning Guide*. Madison, 1998.

18. Esparti, M.; Moss, P.; Roberts, K.; Kerr, L.; Green, A. Special needs children in the public schools: Perceptions of Nurses and school Teachers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 1999, 22 (4): 167– 82.
19. Finfgeld, D.; Wongvatuny, S.; Grando, V.; Russell, C. Health Belief Model and Reversal Theory: a comparative analysis. *Journal of advanced Nursing*. 2003, 43 (3): 288–297.
20. Glanz, K.; Rimer, B.; Lewis, F. *Health Behavior and Health Education*. Theory, Research and Practice. San Francisco: Jossey – Bass, 2002, p. 388.
21. Gudžinskienė, V. Mokyklos vadovų požiūris į sveikatingumo ugdymo veiklą. *Pedagogika*. 2007, 88: 36–42.
22. Gudžinskienė, V. *Sveikos gyvensenos ugdymas mokyklose*. Tyrimo ataskaita. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija, 2007.
23. Harrison, J. Science Education and Health Connection: Locating the Connection. *Studies in Science Education*. 2005, 41: 51–90.
24. Heaney, C.; Israel B. A. Social Networks and Social Support. Glanz, K.; Rimer, B.; Lewis, F. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey – Bass, 2002, p. 185–209.
25. Howard, D.; Nieuwenhuijsen, E.; Seleeby, P. Health promotion and education: Application of the ICF in US and Canada using an ecological perspective. *Disability and Rehabilitation*. 2008, 30 (12–13): 912– 954.
26. Jociūtė, A.; Krupskienė, A.; Sabaliauskienė, D.; Paulauskienė, N. *Sveikatos stiprinimas mokyklose*. Metodinės rekomendacijos. Vilnius: Valstybinis aplinkos sveikatos centras, 2008.
27. Jociūtė, A.; Zaborskis, A. *Sveikatą stiprinančių mokyklų veiklos rodikliai*. Panevėžys: E. Vaičekausko leidykla, 2000.
28. Joyce, V. F. An Ecological Model of the Coordinated School Health Program. *Journal of School Health*. 2010, 8 (1): 10–12.
29. Kizas, S.; Ramanauskienė, I.; Dumčienė, A. Viduriniojo mokyklinio amžiaus moksleivių psichinės sveikatos ir mokyklinio nerimo ypatumai. *Sveikatos mokslai*. 2010, 3 (69): 3154–3157.
30. Koloroutis, M. *Relationship- Based Care: A Model for Transforming Practise*. Mineapolis, M.N: Creative Health Care Management, 2004.
31. Kviklys, V. *Sanitarinis švietimas*. Vilnius, 1977.
32. Lacroix, A.; Assal, J-Ph. *Pacientų mokymas stebėti ir valdyti ligą*. Kaunas: UAB „Vitae Litera, 2009.
33. Leighton, Sh. School nurses and mental health. *Mental health practice*. 2003, 7 (4): 14–20.
34. Leininger, MM. Caring is nursing: understanding the meaning, importance, and issues. In Leininger MM, ed. *Care: The Essence of Nursing and Health*. Thorofare, NJ: Slack, 1984.

35. Leonavičius, V.; Baltrušaitytė, G.; Naujokaitė, I. *Sociologija ir sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas, 2007.
36. Littell, J.; H. Girvin, H. *Ready or Not: Uses of the Stages of Change Model in Child Welfare*. Child Welfare League of America, 2004.
37. Lohrmann, D. A Complementary Ecological Model of the Coordinated School Health Program. *Journal of School Health*. 2010, 8 (1) : 1–9.
38. Macduff, C.; Sinclair, J. Evidence on self – care support within community nursing. *Nursing times*. 2008, 104 (14) : 32–33.
39. Mclaughlin, T. *Šiuolaikinė ugdymo filosofija. Demokratiškumas, vertybės, įvairovė*. Kaunas: Technologija, 1997.
40. Merfeldaitė, O. Socialinės pedagoginės pagalbos komandos veiklos modelis bendrojo lavinimo mokykloje. *Socialinis ugdymas*. 2008, 16: 93–103.
41. Paavilainen, E.; Astedt-Kurki, P. The Client – Nurse Relationship as Experienced by Public Health Nurses: Toward Better Collaboration. *Public Health Nursing*. 1997, 3(14): 137–142.
42. Perminas A.; Goštautas, A.; Endriulaitienė, A. *Asmenybė ir sveikata: teorijų sąvadas*. Kaunas: VDU, 2004.
43. Petrauskienė, A. *Mokyklos mediko profesinio vaidmens kompleksiskumas ir raišda ugdant mokinių sveikatą*. Daktaro disertacija. Kauno technologijos universitetas, 2008.
44. Proctor, S.; Lordi, S.; Zaiger, D. *School Nursing Practice: Roles and Standards*. Scarborough, Maine: National Association of School Nurses, 1993, p. 70.
45. Ruth, L. *Mainstreaming, Malpractice, and the Roles for the School Nurse*. University of Missouri – St. Louis, 1983.
46. Sallis, J. F.; Owen, N. Ecological Models of Health Behavior. Glanz, K.; Rimer, B.; Lewis, F. *Health behavior and health education*. Theory, research and practice. San Francisco: Jossey – Bass, 2002, p. 462–484.
47. Seth, M.; Noar, Rh. D. A health educator's guide to theories of health behavior. *Quarterly of Community Health Education*. 2005, 24 (1): 75–92.
48. Smith, M.; Watson, J. Caring science and science of unitary human beings: A trans – theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*. 2002, 37 (5), 452–461.
49. Starkuvienė, S.; Zaborskis, A. Lietuvos moksleivių nelaimingi atsitikimai: situacija ir tendencijos. *Sveikatos mokslai*. 2003, 8: 87–91.
50. Steckler, A.; Goodman, R. M.; Crozier Kegler, M. Mobilizing Organizations for health Enhancement: Theories of Organizational Change. Glanz, K.; Rimer, B.; Lewis, F. *Health behavior and health education*. Theory, research and practice. San Francisco: Jossey – Bass, 2002, p. 335–334.
51. Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. LR sveikatos apsaugos ministerija, 2000.

52. Sveikatos ugdymo bendroji programa, 2012. Prieiga per internetą: <<http://www.smm.lt/ugdymas/bendrasis/docs/SVEIKATOS%20UGDYMO%20BENDROJI%20PROGRAMA.pdf>>.
53. Šurkienė, G.; Jociūtė, A.; Chmieliauskaitė, I. Mokyklos bendruomenės slaugytojų veiklos ypatumai. *Sveikatos mokslai*. 2003, 7: 47–51.
54. Šveikauskas, V. *Sveikatos edukologija*. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2008.
55. The Role of the Nurse in Preventing No communicable Diseases Report on a WHO Working Group, Belfast, United Kingdom, 1996.
56. Tossavainen, K.; Turunen, H.; Jakonen, S.; Vertio, H. Health Promotional Education: differences between school nurses' health counselling and teachers' health instruction in the Finnish ENHPS. *Children and Society*. 2004, 18 (5): 371–382.
57. Ustilaitė, S.; Stonienė, L.; Dapkevičienė, J. *Lytiškai plintančių infekcijų prevencija mokykloje*. Visuomenės sveikatos priežiūros specialisto vadovas. Vilnius: Kronta, 2008.
58. Valatkienė, S. Visuminio ugdymo problema naujosios pedagogikos teorijoje ir praktikoje. *Acta Pedagogica Vilnensia*. 2005, 15: 112–119.
59. Waters, S.; Cross, D.; Runions, K. Social Ecological Structures Supporting Adolescent Connectedness to School: A Theoretical Model. *Journal of School Health*. 2009, 79 (11): 516–524
60. Watson, J. *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. Norwalk, Conn: Appleton – Century – Crofts, 1985.
61. Wondrak, R. *Interpersonal Skills for Nurses and Health Care Professionals*. Blackwell Science Ltd Editorial offices, 1998.
62. Yiu Wing Kwan, M., Arbour – Nicitopoulos, K. P.; Lowe, D.; Taman, S.; Faulkner, G. E. J. Student Reception, Sources, and Believability of Health – Related Information. *Journal of American College health*. 2010, 58 (6): 555–562.
63. Zaborskis, A.; Šumskas, L. *Slaugos specialistės darbas mokykloje*. Panevėžys, 2000.
64. Žeromskienė, D.; Šurkienė, G.; Namajūnaitė, G.; Aleksejevaitė, D. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, dirbančių mokyklose, darbo ypatumai. *Sveikatos mokslai*. 2009, 3 (69): 2379–2383.
65. Žydzioniūtė, V.; Gudalienė-Gudelevičienė, L. *Moksleivių sveikatos ugdymas*. Vilnius: Rotas, 2000.
66. Žydzioniūtė, V. *Komandinio darbo kompetencijos ir jų tyrimo metodologija slaugytojų veiklos požiūriu*. Monografija. Kaunas: Judex, 2005, p. 399.
67. Волков, Ю Г. Социология. Москва: Гардарики, 2003, p. 251.

2. MOKINIŲ SVEIKATOS UGDYTOJŲ VAIDMENŲ RAIDĄ

Sveikatos ugdymas(-is) – visą žmogaus gyvenimą trunkantis ir iššūkius keliantis reiškinys, siejamas su pokyčiais asmeniniame gyvenime, šeimoje, mokyklos bendruomenėje ir visuomenėje, jo raidą lemia kultūros, politikos, švietimo ir sveikatos priežiūros tradicijų kaita.

Hermeneutinės filosofijos atstovo Hanso Georgo Gadamerio teigimu, „... nėra tokio dalyko kaip supratimas be išankstinio supratimo, o mūsų išankstinį supratimą formuoja kultūros, kuriai priklausome, tradicijos. Be istorinės perspektyvos iš viso nieko negalima suprasti. Tiesa gali išryškėti tik tada, kai istoriškai pervertinsime savo supratimą“ (Wulff, Pedersen, Rosenberg, 2001, p. 132).

Mokslo studijos autorės, nagrinėdamos istorinių šaltinių (dokumentų, instrukcijų, informacinių leidinių, straipsnių laikraščiuose ir profesiniuose nepriklausomos Lietuvos, sovietinio laikotarpio žurnaluose, kuriuose buvo minima mokyklos medikų ir pedagogų veikla, ugdant mokinių sveikatą) turinį, galėjo įvardyti mokyklos sveikatos ugdytojų vaidmenų ypatumus istorinių laikmečių kontekste, atskleisti profesines patirtis, nuostatas, sampratas, išgyvenimus, suprasti mokinių sveikatos priežiūros specialistų ir mokytojų sąveikas, vaikų sveikatos apsaugos ir švietimo pokyčių mokykloje vertę ir įžvelgti modernios sveikatą stiprinančios (ekologinės) bendrojo ugdymo mokyklos kūrimo, apimančio sveikatos ugdymo plėtrą, prielaidas.

2.1. Sanitarinis švietimas tarpukario (1918–1940) Lietuvos mokykloje: medikų veiklos aspektai

Sanitarinės priežiūros ir higienos bei sveikatos mokymo mokykloje įgyvendinimas. Nepriklausomoje Lietuvos Respublikoje 1918 m. veikė tik keletas mokyklų. Jų steigimo sąlygos buvo sunkios, nes dauguma mokyklų neturėjo tinkamų patalpų, buvo įkurtos nepritaikytuose butuose su netinkamu apšvietimu ir suolais (Labanauskas, 1942). Jau 1919 m. Švietimo ministerija patvirtino Laikinuosius mokyklų nuostatus, reglamen-

tuojančius mokyklų steigimo tvarką, veiklos organizavimo ir personalo klausimus. Nuostatai (1919) nurodė, kad mokyklos reikalais turi rūpintis direktorius, jos mokytojai ir gydytojas, o jiems padėti įpareigojami mokinių tėvai ar globėjai ir mokyklas lankančių organizacijų atstovai. Gydytojų skyrimą ir jų veiklos mokyklose reglamentavimą nustatė Švietimo ministerija. Švietimo dokumentai reglamentavo gydytojo pavaldumą mokyklos direktoriui ir nurodė jam dalyvauti pedagogų taryboje, sprendžiančioje mokinių mokymo ir auklėjimo reikalus (Bukauskienė, 1996). Vidurinių ir aukštesniųjų mokyklų įstatyme (1925) nurodytos mokyklos gydytojo veiklos kryptys, tokios kaip mokinių sveikatos būklės stebėjimas mokykloje, lankymasis šeimose ir vaikų gydymas šiems susirgus. Jam buvo pavesta lankytis pamokose, stebėti mokinius žaidimų ar gimnastikos užsiėmimų metu, pažinti atskirų mokinių grupių sveikatos ypatumus ir teikti rekomendacijas pedagogų tarybai (Bukauskienė, 1996).

Kauno miesto savivaldybės mokyklų medicinos veiklos apraše randama, kad mokyklos gydytojas administraciniu ir veiklos atžvilgiu priklausė miesto medicinos ir sanitarijos skyriui ir buvo nepriklausomas nuo mokyklos personalo, t. y. „nesiranda vienas nuo kito priklausomybės santykiuose“ (Grinius, 1925). Tačiau dokumente nurodytos veiklos, kurios pripažino mokyklos gydytoją ne tik kaip *medicinos ir sanitarijos ekspertą*, bet ir kaip *higienos konsultantą*, *mokytoją*, teikiantį mokyklos personalui, mokinių tėvams bei globėjams patarimus medicinos ir higienos, mokinių sveikatos saugojimo, gyvenimo ir profesinio pasirinkimo klausimais. L. Epšteino (1925) pranešime apie mokyklos medicinos gydytojo funkcijas nurodoma, kad jis turi skaityti paskaitas, demonstruoti vaizdinę medžiagą ir padėti organizuoti miesto mokyklų tarybą.

Sanitarinei pradžios mokyklų priežiūrai Švietimo ministerija steigė sanitarinę inspekciją ir 1928 m. šalies provincijos pradžios mokyklose buvo atliktas sanitarinis patikrinimas bei vaikų sveikatos būklės įvertinimas (Bukauskienė, 1996; Šidlauskas, 1927). Mokyklos gydytojui buvo paskirtas *sanitarijos inspektoriaus vaidmuo*, suteikiant jam įgaliojimus tvarkyti ne tik medicininę, bet ir sanitarinę mokyklų priežiūrą. Tačiau šis įsipareigojimas buvo sunkiai įvykdomas dėl gydytojų stygiaus, ypač kaimuose (Bortkevičius, 1934). Pavyzdžiui, Marijampolės miesto savivaldybė neįstengė išlaikyti pradžios mokyklos gydytojo, todėl vaikų tėvai

skundėsi infekcinių ligų plitimu mokyklose („Sveikatos reikalai“, 1928). Šiaulių apskrities pradžios mokyklose buvo nustatyti 55 proc. sergančių mokinių, tačiau apskrities savivaldybė nedaug kuo galėjo jiems pagelbėti, nes medicininės pagalbos išplėtimą riboja lėšų stoka („Sveikatos reikalai“, 1929; „Švaros savaitės“ apyskaita, 1930). Mokyklos gydytojas daugiau dėmesio skyrė vaikų gydymo reikalams nei sanitarinei mokyklų priežiūrai. Nustačius mokėti tam tikras subsidijas (ypač provincijų gydytojams) ir steigiant sveikatos punktus kaimuose, mokyklų gydytojai buvo įpareigoti organizuoti ir mokyklų sanitarinę priežiūrą (Labanauskas, 1942; Pradžios mokyklų mokinių sveikatos reikalams tvarkyti taisyklės, 1939).

Pirmoji konferencija Lietuvos motinoms ir vaikams globoti (1930) nutarė, kad mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos apsauga turi rūpintis šalies savivaldybės, įsteigdamos mokyklų medicinos centrus, ir nurodė tokius jų uždavinius: tirti ir saugoti fizinę bei protinę vaikų sveikatą, vykdyti sanitarinę priežiūrą, užkirsti kelią infekcinėms ligoms, *plėsti sanitarinę higieninę švietimą, rūpintis fiziniu mokyklinio amžiaus vaikų lavinimu*, į sveikatos apsaugos darbą įtraukti visuomenę. Tad gydytojui buvo paskirtos ne tik mokyklų medicininės, sanitarinės priežiūros, bet ir sanitarinio švietimo veiklos, orientuotos į mokinius ir visuomenę. *Koks mokyklos gydytojo vaidmuo sanitarinio švietimo srityje? Kokius mokymo būdus ir priemones jis taikė praktikoje?*

Savivaldybių ir mokyklų medicinos veiklos aprašai (1925) nurodė mokyklos gydytojui platinti medicinos ir higienos žinias mokiniams, mokytojams ir tėvams nustatytomis priėmimo valandomis. Sanitarinio švietimo darbui atlikti gydytojui nurodyta *skaityti paskaitas*, demonstruoti atitinkamą medžiagą kartogramomis, diagramomis, naudoti muliažus (Grinius, 1925). Kauno, Šiaulių, Panevėžio, Kėdainių miestų savivaldybių medicinos ir sanitarijos skyrių ataskaitose (1929; 1932) pažymėta, kad švaros savaitės akcijų metu *gydytojai* tėvų susirinkimuose *skaitė pranešimus ir rengė pokalbius* švaros klausimais, *skaitė higienos paskaitas* mokiniams, mokytojams ir tėvams temomis: „Švara ir sveikata“, „Mikrobai ir ligos“, „Infekcinės ligos“, „Kova su nešvarumu“, „Mikrobai“, „Utėlės ir kova su jomis“. K. Labanauskas (1942) pažymėjo, kad gydytojo *higienos reikalavimų išaiškinimai* tėvams ir mokytojams turėjo didesnę poveikį nei sanitarijos kontrolierių barimai ar įspėjimai.

L. Epšteino (1925) pastebėjimu, *mokydamas higienos* gydytojas tiesiogiai mažai ką galėjo nuveikti, tačiau jo *patarimai mokytojams*, šiam apsilankius mokykloje, turėjo svarbią reikšmę. Autorius teigė, kad mokyklos higiena ir pedagogika privalo rasti kompromisą, siekiant, kad mokyklos gyvenimo sąlygos neturėtų sunkių pasekmių vaiko sveikatai. Pavyzdžiui, mokytojas turėtų kreipti dėmesį į mokymo valandų planą, atsižvelgdamas į mokinių amžių, pamokų tvarką, mokymo būdus, o *gydytojas turėtų skatinti mokytojus* prisidėti prie vaikų sveikatos saugojimo, kad jie fizinio lavinimo pamokose domėtusi mokinių augimu ir laikysena, parinktų vaiko ūgi atitinkantį suolą ir atkreiptų dėmesį į sėdėseną, informuotų tėvus apie vaiko stuburo iškrypimų priežastis (Kviklys, 1935).

Tačiau mokyklos gydytojo veikla, reglamentuojama kelių žinybų (savivaldybės ir Švietimo ministerijos), klostėsi sudėtingai. Remiantis mokyklų sanitarinės priežiūros įstatymu (1935) iš mokyklų buvo atleisti gydytojai, kurie neatliko savo pareigų: vieni dėl to, kad neturėjo specialaus pasirengimo skirtoms pareigoms eiti, kiti dėl netinkamai organizuotos mokinių medicininės ir sanitarinės priežiūros. Minėtas įstatymas nurodė, kad mokyklų sanitarinė priežiūra ir mokinių sveikatos reikalai būtų tvarkomi pagal ministro, kurio dispozicijai priklauso mokykla, taisykles. Jas privalėjo sudaryti mokyklos komisija, kurios nariais skiriami direktorius, gydytojas, kūno kultūros ir higienos mokytojai. Direktorius ir mokytojai bei auklėtojai buvo įpareigoti tvarkyti mokyklos sanitarinę priežiūrą, ligų profilaktikos klausimus, vadovaujantis komisijos nustatytomis taisyklėmis (Oželis, 1936). Tačiau K. Oželis (1936) teigė, kad mokyklų ir mokinių higienos reikalams tvarkyti reikalingas specialus pasirengimas ir abejojo mokytojų kompetencija sanitarijos, socialinės ir asmens higienos srityse, o *gydytoją vertino kaip mokyklos direktoriaus patarėją*, dalyvaujantį pedagogų taryboje ir *palaikantį artimą kontaktą su mokyklos personalu*.

Pradžios mokyklų mokinių sveikatos reikalams tvarkyti taisyklėse (1939) buvo nurodyta sveikatos punktų gydytojams kaime lankyti pradžios mokyklas ir vykdyti mokinių sveikatos, mokyklų sanitarinę priežiūrą ir organizuoti gydymą beturčiams vaikams. Gydytojas čia nebuvo įpareigotas vykdyti sanitarinio švietimo. Tačiau K. Labanauskas (1942) pažymėjo, jog siekiant tinkamai išvystyti mokinių sveikatos priežiūrą svarbu parengti mokyklų gydytojus, kad jie galėtų plačiau skleisti sanita-

rinį švietimą. K. Oželis (1939; 1936) nurodė mokyklų sanitarinės priežiūros ir sanitarinio švietimo spragas: nepakankami reikalavimai mokyklos gydytojo kvalifikacijai įgyti, medicinos personalo (gailestingųjų seserų, socialinės medicinos žinovų) stoka, menkas šalies ekonominis pajėgumas, neleidžiantis išplėsti mokinių sveikatos priežiūros (pvz., V. Kviklio (1939), pateiktose ataskaitose pažymėtas didelis mokyklų gydytojų darbo krūvis: vienas gydytojas prižiūrėjo vidutiniškai 12 mokyklų, po 890 mokinių), nepakankamas tam tikrų ministerijų žinybų bendradarbiavimas. Autorius teigė, kad mokyklų bei mokinių pedagoginiai, socialiniai, o ypač sanitarijos ir higienos klausimai turi būti sprendžiami dalyvaujant mokyklos gydytojui. Šiame kontekste gydytojo perspektyva buvo siejama su aktyvaus veikėjo mokykloje vaidmeniu, organizuojant mokinių sveikatos ir sanitarinę priežiūrą bei sanitarinį švietimą.

Slaugos, higienos mokymas ir auklėjimas gailestingosios sesers praktikoje. Pradinių klasių mokinių sveikatai saugoti Kauno miesto savivaldybė 1925 m. įsteigė Mokyklų medicinos centrą, kuriame fiksuojama ne tik gydytojo, bet ir gailestingosios sesers (dabartinis pavadinimas – slaugytoja(-as)) bei tarnaitės veikla (Grinius, 1932, 1925). Kauno miesto taryba ir Sanitarijos taryba mokyklų medicinai skyrė lėšų gydytojo, gailestingosios sesers algoms, mokyklos medicinos kabinetui, medicinos bibliotekai, pagalbiniam personalui išlaikyti. Skirtingai nei gydytojo, mokyklos gailestingosios sesers išsamaus veiklos reglamento stokojo, tačiau, remiantis Sveikatos globos centro gailestingosios sesers veiklos aprašais, mokyklų medicinos priežiūros dokumentais, teigtina, kad ji padėjo gydytojui įgyvendinti mokyklų medicinos centro uždavinius: tirti ir saugoti fizinę bei protinę mokinių sveikatą, kontroliuoti sanitarinę mokyklos priežiūrą, užkirsti kelią infekcinėms ligoms, plėtoti sanitarinį švietimą (Budrienė, 1992; Monkutė, 1938; Grinius, 1925; Epšteinai, 1928, 1925). *Ar mokyklos gailestingoji sesuo atliko tik padėjėjos vaidmenį? Kokie specifiniai vaidmenys būdingi mokyklos gailestingajai seseriai?*

K. Oželis (1939) pažymėjo, kad socialinė sveikatos globa ir sanitarinis švietimas yra glaudžiai susiję, o sanitarinis švietimas pirmiausia turi būti skleidžiamas per mokyklas ir jaunimo organizacijas. M. Budrienė (1992) nurodė gailestingosios sesers, kaip *sveikatos globėjos ir higienos propaguo-*

tojos, vaidmenis organizuojant vasaros stovyklas silpnos sveikatos vaikams, rengiant higienos paskaitas tėvams ir platinant atmintines medicinos ir higienos klausimais. K. Grinius (1925) ir A. Šmukleris (1925) skyrė mokyklos gailestingajai seseriai *tarpininkės* tarp gydytojo ir mokinių tėvų *vaidmenį*, nes jos lankė mokinius butuose, konsultavo motinas vaiko priežiūros ir jo sveikatos saugojimo, higieninių sąlygų gerinimo klausimais, aiškino tėvams gydytojo patarimų vykdymo svarbą. V. Monkutė (1938) pažymėjo, kad gailestingosios sesers ypatybė yra sugebėjimas savo žinias perduoti visuomenei, todėl ji turėjusi lavinti savo sugebėjimą *mokyti motinas* individualiai, namų aplinkoje, *vaikų higienos, slaugymo ir auklėjimo* klausimais, organizuoti tėvų grupių mokymą. Buvo pripažįstama, kad higienos ir socialinių mokslų išmanymas svarbus gailestingosios sesers praktikai dėl glaudaus bendravimo su tėvais įvairiomis tų sričių temomis (pvz., apie vaikų švarą ar kaip gauti neturto liudijimus). Ch. Reimann (1931) pastabose apie gailestingųjų seserų įstatymus pažymima, kad nors mokyklų gailestingosios seserys dirbo prižiūrimos gydytojo, tačiau sveikatos propagavimas mokykloje reikalavo iš jų ne tik medicininio, bet ir pedagoginio išsilavinimo. J. Žemgulys (1938) teigė, kad pedagogika gailestingosios sesers darbe vaidina svarbų vaidmenį, nes jai tenka dirbti pedagoginį darbą. Anot autoriaus, ligonį, kaip ir vaiką, reikia ne tik slaugyti, bet ir auklėti, todėl gailestingajai seseriai tenka taikyti pedagoginius metodus. Gailestingosios sesers profesija, autoriaus vertinama kaip savarankiška, o ne kaip „apkarpyta gydytojo profesija“, konstatavo gerą medicininį gailestingųjų seserų pasirengimą, bet pripažino visapusiško išsilavinimo, organizuoto tik gydytojų, stoką ir gailestingųjų seserų, įgijusių aukštąjį išsilavinimą, trūkumą. Pažymėtina, kad gailestingoji sesuo K. Laurinavičiūtė baigė aukštesniuosius Londono slaugytojų kursus, kurių viena iš slaugos mokslo studijų kryptių buvo mokytojų rengimas gailestingųjų seserų mokykloms (Laurinavičiūtė, 1938). Gailestingųjų seserų mokyklų steigimo įstatymas patvirtintas tik 1932 m., o nuo 1934 m. Lietuvoje veikė dvi mokyklos, įsteigtos Kauno ir Klaipėdos Raudonojo Kryžiaus ligoninėse, kurioms vadovavo gydytojai (Kalibatienė, 2004).

Nepriklausomoje Lietuvoje vaikų ir motinų sveikatos globos ir slaugymo profesionalėmis buvo laikomos gailestingosios seserys, tačiau šalyje jų trūko. Iki 1927 m. fiksuojamos 150 kursų baigusios gailestingosios

seserys (Šidlauskas, 1927). Jų veikla buvo sutelkta motinų ir vaikų sveikatos globos ir pradžios mokyklų sveikatos centruose, kaimų sveikatos punktuose. Sveikatos rūmų įstatymo projektas (1939) nurodė, kad žmonių sveikatos saugojimo ir mokymo reikalams apskrityse tvarkyti būtų steigiami sveikatos centrai, kurie medicinos ir higienos žinių platinimą mokiniams, tėvams ir mokytojams turėjo vykdyti per sveikatos punktus. Kaimo gyventojų sveikatos reikalams rūpintis įstatymas (1938) nurodė, kad lėšos iš žemės mokesčio (6 proc. žemės mokesčio) turi būti naudojamos sveikatos punktams steigti ir pradžios mokyklų sanitarinės priežiūros, mokinių sveikatos bei profilaktiniams reikalams tvarkyti, įdarbinant gydytojus ir gailestingąsias seseris. Sveikatos punkto gailestingosios sesers vaidmuo apibūdinamas kaip gydytojo „*talkintojos*“ ir „*patarimų tarnybos vykdytojos*“ (konsultantės), patariančios motinoms, kaip tinkamai auginti vaikus, teikiančios higienos ir medicinos žinias (Sveikatos rūmų įstatymo projektas, 1939). Mokyklos gailestingoji sesuo rūpinosi mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos priežiūra, kurioje ryškūs ugdomieji aspektai: *higienos ir sergančio vaiko slaugymo mokymas ir tėvų konsultavimas namuose, vasaros stovyklų vaikams, mokymo kursų tėvams ir vaikų auklėtojams organizavimas, aprūpinimas literatūra* (Budrienė, 1992; Monkutė, 1938; Grinius, 1932).

Mokinių stomatologinės priežiūros ir burnos higienos mokymo problemiškas. K. Oželis (1936) analizavo ne tik mokyklos gydytojo veiklą sanitarinių įstatymų kontekste, bet ir nurodė stomatologo veiklos poreikius, taip pat pažymėjo, kad mokinių dantų gydymas turėtų būti nemokamas, o į burnos ir dantų higieną būtų kreipiamas ypatingas dėmesys, nes daugumos mokinių dantys esą nesveiki. K. Labanauskas (1942) teigė, kad stomatologai, be dantų gydymo, turėtų rūpintis ir dantų ligų profilaktika, dalyvauti mokyklų sanitarinio švietimo darbe, skaityti pranešimus ir teikti patarimus mokytojams bei tėvams. Stomatologė A. Stonkaitė-Matulionienė (1932) taip pat pabrėžė stomatologo vaidmens mokyklose aktualumą ir pažymėjo mokinių stomatologinės priežiūros bei jaunuomenės burnos higienos mokymo poreikius. Autorė išryškino problemas ir nurodė, kad stomatologas mokykloje dar nėra visuotinai pripažintas, nepakankamai skleidžiamos žinios apie stomatologinių susirgimų priežastis.

Autorė taip pat pažymėjo, kad švietimo darbui, susijusiam su mokinių dantų ligų profilaktika, turėtų vadovauti stomatologų sąjungos. Deja, stomatologų įtaka visuomenei buvo silpna, trūko žinių, kaip reikia palaikyti burnos higieną, šios žinios nebuvo skleidžiamos populiariais būdais.

L. Epšteino (1925) teigimu, mokyklos gydytojas turėtų atrinkti mokinius, kuriems būtina gudyti dantis, ir motyvuoti tėvus, kad jie apsilankytų pas stomatologą. Tačiau nepriklausomos Lietuvos laikotarpiu nemokama stomatologinė vaikų priežiūra ir burnos higienos mokymas mokyklose platesniu mastu nebuvo išvystytas, nors fiksuojami pavieniai mokinių stomatologinių susirgimų profilaktinių priemonių organizavimo atvejai. L. Epšteino iniciatyva 1931 m. Kauno miesto pradžios mokyklų mokiniams buvo nemokamai išdalyti dantų šepetėliai ir dantų valymo milteliai. Vilkmergės (dabar Ukmergės) miesto savivaldybė 1931–1932 m. pirmoji inicijavo mokinių dantų apžiūras ir dantų gydymą („Švaros savaitės“ apyskaita, 1932). K. Oželis (1939) pateikė sveikatos reikalų rūpinimosi Lietuvoje ataskaitą, kurioje nurodė, kad dantų globą (priežiūrą) geriausia vykdyti mokyklose, tačiau ši veikla, išskyrus Kauną ir Ukmergę, nebuvo praktikuojama.

Pasigendama išsamesnių duomenų bei veiklos aprašų, iliustruojančių stomatologo vaidmens raišką mokinių sanitariniame švietime.

2.2. Mokinių higienos mokymas ir auklėjimas sovietmečiu

Gydytojo vaidmenys įgyvendinant sanitarinį švietimą mokykloje. Antrojo pasaulinio karo metu ir po jo vaikų sergamumas šalyje buvo didelis, ypač buvo paplitusios infekcinės ligos (tymai, difterija, skarlatina, kokiuišas, tuberkuliozė). Mokykloms trūko patalpų, jos dirbo dviem pamainomis, mokiniai neturėjo higieniškos mokymosi aplinkos. Įkūrus sovietų valdžią Lietuvoje sveikatos punktų gydytojai tapo apylinkių ambulatorijų vedėjais ir buvo įpareigoti organizuoti visuotines medicinines apžiūras, taip pat stiprinti mokyklų sanitarinę kontrolę (Labanauskas, 1942). Sumažėjo mokyklų gydytojų skaičius, ypač rajonuose ir kaimuose, o likusiems padidintas darbo krūvis (Zaikauskas, 1968; Kviklys, 1958).

Sovietmečiu ligų profilaktika imta laikyti sveikatos apsaugos sistemos pamatu. Profilaktinės medicinos pagrindine veiklos kryptimi tapo dis-

panserizacija, kurios tikslas buvo užkirsti kelią plintančioms ligoms (ypač infekcinėms) (Janušonis, 1988). B. Matulionis (1943) kritikavo vyravusią nuostatą, kad mokyklos gydytojo praktika turi apimti tik gydamosios medicinos veiklas, o ligų profilaktika – kitų, bet ne gydytojo darbas. Mokyklų gydytojų darbas buvo pripažintas nepatenkinamu, todėl apskričių ir miestų gydytojams buvo nurodyta sustiprinti mokyklų sanitarinę priežiūrą ir įpareigoti mokyklų gydytojus ne tik gydyti mokinius, bet ir atlikti profilaktinį darbą. Nustatytos mokyklos gydytojo darbo valandos, kurias jis privalėjo skirti mokyklos reikalams (Matulionis, 1943; Juškys, 1942). Mokyklos gydytojo vaidmenį laikmečio aktualijų kontekste charakterizavo jam paskirtos profilaktinės medicinos funkcijos, tokios kaip: nustatyti vaikų sveikatos sutrikimus, vaikus dispanserizuoti ir gydyti, siekiant užkirsti kelią ugdymo įstaigose plintančioms infekcinėms ligoms. Buvo plėtojama visuotinė ugdymo institucijas lankančių vaikų medicininė apžiūra ir imunoprofilaktika (imunizacija), mokyklų higieninio režimo kontrolė, sanitarinis švietimas ir higieninis auklėjimas (Nimenas, 1948). Nepriklausomos Lietuvos laikotarpiu įsteigta mokyklos gydytojo tarnyba plėtotą ir sovietmečiu, nurodant vykdyti ne tik tradicinės mokyklų medicininės sanitarinės priežiūros, bet ir sanitarinio švietimo veiklas. Tačiau pokario laikotarpiu trūko gydytojų ir jiems skirtų kabinetų bei įrangos mokyklose, o mokyklų pedagogai ir kitas personalas buvo per mažai susipažinęs su mokyklinės higienos reikalavimais, todėl medicininė sanitarinė priežiūra ir sanitarinis švietimas, apimantis mokinių higieninį mokymą ir auklėjimą, buvo sudėtingas (Milaknienė, 1956). 1955–1956 m. bendrojo lavinimo mokyklose dirbo tik 84 mokyklų gydytojai, todėl jų veiklos dėmesys buvo nukreiptas į medicininės mokinių sveikatos priežiūros reikalavimų vykdymą, vadovaujantis kompleksinėmis metodikomis (1976). Dėmesys buvo kreipiamas į vaikų, skirstomų į sveikatos grupes, funkcinius susirgimus. Svarbu paminėti, kad vaikų sveikatos būklę nusakė jų fizinis išsivystymas, ligotumas bei sergamumas. Pagal sovietmečio sveikatos sampratą esminiais buvo laikomi medicininiai ir biologiniai požymiai. Sveikata buvo suprantama kaip organizmo būklė be psichinių ir fiziologinių funkcijų sutrikimų, kurie nustatomi objektyviais moksliniais metodais (Kalėdienė ir kt., 1999).

Gydytojo ir mokytojų ryšiai mokinių higienos mokymo ir auklėjimo procesuose. Sveikatos apsaugos dokumentai (1950)⁶ mokyklas prižiūrintiems gydytojams nurodė sustiprinti sanitarinį švietimą ir bendradarbiauti su pedagogais, suteikti jiems medicinos ir higienos žinių, plėtoti mokinių higieninį mokymą ir auklėjimą. Tačiau mokyklos gydytojas nebuvo pajėgus vienas įgyvendinti mokinių, jų tėvų ir pedagogų sanitarinio švietimo. Vėlesni Švietimo ir Sveikatos apsaugos ministerijų dokumentai (1958)⁷ įpareigojo jau ir mokyklų direktorius vykdyti mokinių higieninį auklėjimą, sistemingą higienos pagrindų dėstymą pradinėse ir ketvirtose klasėse, numatytą programose, taip pat sudaryti mokyklos gydytojui tinkamas darbo sąlygas (žr. 4 lentelę).

4 lentelė. Sanitarinio švietimo programa sovietmečio mokykloje

Lietuvos TSR pradinių mokyklų 1956–1957 programos įgyvendinimas	Neformalus sanitarinis švietimas
<ul style="list-style-type: none"> I, II, III klasių moksleiviams numatyta dėstyti šias temas: <i>dienos režimas, taisyklinga sėdėsena, nagų karpymas, dantų valymas, kūno, avalynės, drabužių, gyvenamosios patalpos švara, vėdinimas, žaidimai lauke, fizinė kultūra, rytinė mankšta, maudymosi taisyklės, apsaugos nuo ligų priemonės</i>; IV klasėse numatyta dėstyti šias temas: <i>apsauga nuo infekcinių ligų (TBC), žmogaus kūno organų funkcijos, rūkymo žala, mitybos taisyklės, kaip išlaikyti sveikus dantis, odos higiena, regėjimo organų nusilpimo priežastys</i>. 	<p><i>Renginių organizavimas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>pionierių, komjaunuolių, draugovių veiklos organizavimas, orientuotas į masinius sportinius renginius ir varžybas.</i> <p><i>Susirinkimai tėvams:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>profilaktinių apžiūrų rezultatų pranešimai tėvams.</i>

Pradinių klasių mokytojams paskirta pamokose įgyvendinti sanitarinio švietimo programą, suteikiant mokiniams žinių fizinės sveikatos stiprinimo ir ligų profilaktikos temomis ir organizuojant vaikų dalyvavimą sportiniuose mokyklos renginiuose ar varžybose.

⁶ Apie sanitarinio švietimo darbo gyventojų tarpe stovį ir jo tolesnio vystymosi priemonės. Lietuvos TSR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 767. Vilnius, 1950, 1–7.

⁷ Sanitarinis švietimas. Vilnius: Respublikiniai sanitarinio švietimo namai, 1958.

Gydytojui skirtas higienos mokytojo vaidmuo, įpareigojant jį konsultuoti, teikti metodinę pagalbą, skaityti paskaitas mokytojams, pagalbiniam mokyklos personalui, mokiniams ir tėvams medicinos bei higienos klausimais, dalyvauti užklasinėje veikloje ir organizuoti mokinių „sanitarinio aktyvo“, „sanitarinių postų“ darbą (Milaknienė, 1956; Kviklys, 1954) (žr. 5 lentelę).

Sanitarinis švietimas, apimantis mokinių higienos mokymą ir auklėjimą, kaip pedagoginis uždavinys, reikalavo ne tik pedagogikos, bet ir vaikų, paauglių fiziologijos, vystymosi psichologijos, mokyklinės higienos žinių. Pedagogai pedagoginiuose institutuose studijavo minėtas disciplinas, o mokyklų medicinos darbuotojai per mažai buvo susipažinę su pedagogikos reikalavimais (Andriulis, Černiauskienė, 1976; Milaknienė, 1956). Todėl gydytojo, kaip mokytojo, vaidmens įgyvendinimo mokykloje problemiskumą lėmė mediko pedagoginės kompetencijos stoka, bendravimo nesklandumai tarp gydytojų ir pedagogų dėl skirtingų požiūrių ir nuostatų bei izoliuotos jų veiklos, įgyvendinant sanitarinį švietimą mokykloje (Kviklys, 1958; Milaknienė, 1956).

5 lentelė. Mokyklos mediko vaidmuo sanitariniame švietime

Sanitarinis švietimas ⁸	
Sanitarinis švietimas, orientuotas į mokinius	Sanitarinis švietimas, orientuotas į mokyklos personalą ir tėvus ⁹
<p>Mokinių mokymas gydymo ir profilaktikos aspektu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mokinių mokymas gydymo aspektu: pvz., mokinio informavimas apie jo susirgimą, gydymo tvarką, gydymo procedūras ir dienos režimą; • mokinių mokymas medicininės apžiūros aspektu: pvz., gydytojo nurodymų vykdymo išaiškinimas mokiniams, turintiems klausos ir regos sutrikimų; asmens higienos taisyklių mokymas, sergantiems paslėpta TBC; 	<p>Mokyklos personalo ir tėvų sanitarinis švietimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pamokos mokyklos techniniam personalui; • mokytojų supažindinimas su mokinių sveikatos, mokyklos higienos klausimais; • tėvų supažindinimas su vaikų sveikatos, higienos ir kt. klausimais.

⁸ Nimenas, L. (1948). *Higieninis auklėjimas ir mokymas mokykloje*. Vilnius: Sanitarinio švietimo namai.

⁹ Apie sanitarinio švietimo darbo gyventojų tarpe stovį ir jo tolesnio vystymosi priemonės. Lietuvos TSR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 767, Vilnius, 1950, 1–7.

5 lentelės tęsinys

Sanitarinis švietimas ⁸	
Sanitarinis švietimas, orientuotas į mokinius	Sanitarinis švietimas, orientuotas į mokyklos personalą ir tėvus ⁹
<ul style="list-style-type: none"> • <i>mokymas profilaktiniu aspektu:</i> pvz., pokalbiai su mokiniais apie dantų gydymo svarbą ir burnos higieną prieš paskiriant vaikus į stomatologo kabinetą; vaikų informavimas apie laiku organizuotą priešrecidyvinį gydymą; • <i>mokymas fizinio lavinimo aspektu:</i> pvz., fizinio lavinimo, sporto užsiėmimų, organizmo grūdinimo svarbos mokiniams išaiškinimas; • <i>skiepijimų vykdymo aspektu:</i> skiepavimo reikšmės svarbumo išaiškinimas mokiniams; skiepavimams skirtu biuletenio išleidimas • <i>karantino ir dezinfekcijos aspektu:</i> pvz., supažindinimas su pirmaisiais infekcinių ligų požymiais; • <i>mokinių profilaktinių apžiūrų mokykloje aspektu:</i> pvz., patarimai mokiniams, radus pedikuliozę; kūno, išaiškinimas apie drabužių priežiūrą. <p>Užklasinės mokinių veiklos organizavimas:^{10, 11, 12}</p> <ul style="list-style-type: none"> • vadovavimas Raudonojo Kryžiaus, Raudonojo Pusmėnulio draugijų veiklai, orientuotai į moksleivių, mokyklos higienos kontrolę, pirmąją medicininę pagalbą; • sanitarinių draugovių, sanitarinių postų grupių mokymas ir dalyvavimas varžybose. 	<p>Mokyklos personalo ir tėvų sanitarinis švietimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pamokos mokyklos techniniam personalui; • mokytojų supažindinimas su mokinių sveikatos, mokyklos higienos klausimais; • tėvų supažindinimas su vaikų sveikatos, higienos ir kt. klausimais.

B. Kabašinskienė (1983) pabrėžė mokyklos direktoriaus ir mokytojų vaidmenį saugant mokinių sveikatą. Anot autorės, mokinių sveikatinimas tiek pat svarbus, kaip ir jų pažangumas, todėl mokyklos vadovai

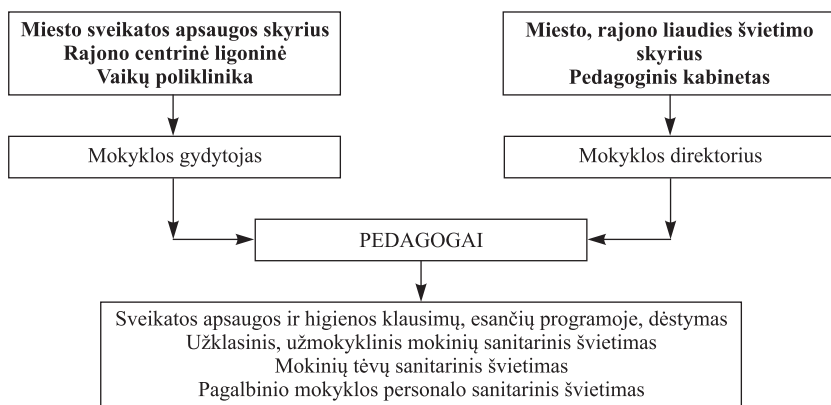
¹⁰ Buldakova, N.; Rukšnaitis, V. *Raudonojo Kryžiaus draugijos veikla mokyklose*. Vilnius: Profleidykla, 1958.

¹¹ Umbražiūnas, K. Iš LTSR Raudonojo Kryžiaus draugijos gyvenimo. *Sveikatos apsauga*. 1961,1 (61): 63.

¹² Sanitarinio-higieninio moksleivių paruošimo pagal BPSG normas programa. TSRS Raudonojo Kryžiaus ir Raudonojo Pusmėnulio draugijų vykdomasis komitetas. Vilnius, 1963.

aktualu derinti medicinos personalo sanitarinio švietimo metų ir mėnesių planus, numatant metodinę pagalbą mokytojams, sveikatos ugdymo priemonės mokiniams ir tėvams. K. Janulio (1989) teigimu, mokyklos gydytojas turėtų būti nurodymų sanitarinio švietimo klausimais teikėjas pedagogams, o pedagogai, kontroliuojami mokyklos mediko, šį darbą turėtų atlikti tiesiogiai tarp mokinių ir tėvų, tik, reikalui esant, pasitelkti medicinos personalą. Taigi pedagogams nurodoma vykdyti sistemingą higieninį mokymą ir auklėjimą klasėse, organizuoti užklasinius ir užmokyklinius renginius, sanitarinį švietimą mokinių tėvams ir pagalbiniam mokyklos personalui. Tai formavo įvaizdį, kad medikui buvo skiriamas pedagogų kontrolieriaus vaidmuo.

Sanitarinio švietimo metodikos (1977) nurodė mokyklos gydytojo ir pedagogų ryšių hierarchiją, organizuojant mokinių higieninį mokymą ir auklėjimą (žr. 1 pav.).



1 pav. Mokyklos gydytojo ir pedagogų ryšiai įgyvendinant sanitarinį švietimą (remiantis V. Kviklio (1977) koncepcija)

V. Kviklio (1977; 1969) teigimu, mokyklos gydytojas, kaip higienos ir sveikatos konsultantas, turėjo suteikti naujausių medicinos mokslo žinių, rengti metodinę medžiagą dalykų mokytojams, dėstantiems atitinkamas su sveikata susijusias temas. Pedagoginis krūvis gydytojams nebuvo numatytas, todėl galima manyti, kad gydytojai nebuvo suinteresuoti dalyvauti sveikatos ugdymo procese dėl papildomo darbo, kuris

nebuvo atlyginamas ir nevertinamas kokybės požiūriu. Tik pavieniuose straipsniuose galima aptikti medicinos personalo ir mokyklos vadovybės sutelkto bendradarbiavimo aprašymo pavyzdžių, kurie atskleidė mokyklų medikų ir mokytojų veiklos erdvę bei gebėjimą derinti dviejų žinybų reikalavimus.

Gydytojo, kaip ugdytojo, sąveika su mokiniais, mokytojais ir tėvais daugiausia buvo pagrįsta autoritetu, paremtu medicinine kompetencija, medikalizuotomis instrukcijomis ir hierarchiniais ryšiais, kurie galėjo lemti sudėtingus jo santykius mokykloje. Tačiau, nepaisant minėtų trukdžių, sanitarinio švietimo programa mokykloje plėtojosi ir apėmė formalų higienos mokymą klasėse ir neformalias į mokinius, jų tėvus, mokyklos personalą ir mokytojus orientuotas užmokyklines auklėjimo formas, kurias įgyvendinant ryškus medikų ir mokytojų indėlis.

Mokyklos gydytojo – lyderio vaidmuo vykdant sveikatos priežiūros ir sanitarinio švietimo instrukcijas. Vaikų stacionarinių institucijų, ligoninių technologijų plėtojimas, visuotinė dispanserizacija davė teigiamų poslinkių, mažinant vaikų sergamumą, ypač infekcinėmis ligomis. Lietuvos TSR sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, 1966 m. respublikos bendrojo lavinimo mokyklose mokėsi 496 300 mokinių, kurių mediciniam aptarnavimui buvo skirti 104 mokyklų gydytojų etatai, o medicininė apžiūra atlikta 96 proc. mokinių (Zaikauskas, 1968). Tačiau mokinių sveikatos sutrikimų (klausos, regos, kalbos, skoliozės, reumato) rodikliai tebebuvo dideli. Sovietinė mokyklos gydytojo instrukcija (Safonovas, 1963) išplėtė mokyklas aptarnaujančių medikų funkcijas ir sustiprino gydytojo pozicijas mokykloje, suteikiant jam mokinių sveikatos priežiūros lyderio vaidmenį. Gydytojas, kaip lyderis, tapo atsakingas už mokyklos medicinos personalo (medicinos sesers ar felfčerio) darbą, laiku organizuotas gydymo ir profilaktines priemones, kurios buvo nukreiptos dviem kryptimis: visuotinė mokinių dispanserizacija ir sanitarinis švietimas. Dispanserizacija tapo esminiu ambulatorijų, poliklinikų, kurioms buvo pavaldūs mokyklų medikai, darbo metodu, apimančiu sistemingą mokinių sveikatos tikrinimą ir ankstyvą ligų nustatymą bei jų gydymą (Janušonis, 1988). Vyravo negatyvi sveikatos samprata, orientuota į ligas (žr. 6 lentelę).

6 lentelė. Negatyvios mokinių sveikatos sampratos charakteristikos

Sveikatos samprata	Orientacija į ligą. Negatyvus sveikatos apibrėžimas (sveikata – organizmo būklė be psichinių ir fiziologinių funkcijų sutrikimų, kurie gali būti nustatyti objektyviais moksliniais tyrimais) ¹³
Mokinių sveikatos stiprinimo strategija	Profilaktinė medicina (mokinių sveikatos tikrinimas, ankstyva diagnostika).
Atsakomybė	Mokyklos medikas – gydytojas vadovauja mokinių medicininei priežiūrai ir sanitariniam švietimui, apimančiam higieninį mokymą ir auklėjimą mokykloje.

Pasaulio sveikatos organizacija (toliau PSO) dar po karo priėmė sveikatos apibrėžimą, nurodantį, kad sveikata yra visapusiška fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, tačiau sovietinė sveikatos priežiūros sistema ją ignoravo ir šiuo požiūriu mokinių sveikata nebuvo vertinama. Vaiko sveikata, kontroliuojama gydytojo, buvo suprantama kaip ligos, jos simptomų nebuvimas, o fiziologinės funkcijos ir organizmo sistemų sąveika apibūdinama tik mediciniškai (Jovaišaitė, 2001; Kalėdienė ir kt., 1999). Mokyklos gydytojo kontrolės objektu ir toliau buvo laikoma vaikų fizinės sveikatos būklė. Metodikomis ir instrukcijomis (1976) reglamentuotas sveikatos būklės stebėjimas, vaikų dispanserizacija, specialistų konsultacijos, mokyklos higieninė kontrolė, sanitarinio švietimo priemonių vykdymas ir poveikis pedagogams, mokinių tėvams davė teigiamų rezultatų mažinant mokinių sergamumą. Mokyklos gydytojo, kaip lyderio, autoritetas buvo įtvirtinamas per kontrolinę funkciją, kasdienėje savo praktikoje naudojant reikalavimus mokiniams, mokytojams paisyti medikų nurodymų ir nustatytų mokyklos higienos taisyklių (žr. 7 lentelę).

¹³ Kalėdienė, R.; Petrauskienė, J.; Rimpela, A. *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas: Šviesa, 1999.

7 lentelė. Mokyklos mediko veiklos sritys¹⁴

Gydymo ir profilaktinės priemonės ¹⁵	Sanitarijos epidemiologijos priemonės	Sanitarinio švietimo priemonės ¹⁶
<ul style="list-style-type: none"> • sveikatos tikrinimas, mokinių suskirstymas į medicininės grupes • mokinių dispanserizacija • mokinių skyrimas konsultuotis pas gydytoją specialistus • gydymas, procedūrų atlikimas • pirmoji medicininė pagalba 	<ul style="list-style-type: none"> • nelankančių mokyklos mokinių apskaita • infekcinių ligų išaiškinimas • skiepijimai • dezinfekcija • dehelmintizacija • higienos kontrolė 	<ul style="list-style-type: none"> • sanitarinio švietimo programa¹⁷ • renginiai, paskaitos mokiniams • mokytojų konsultavimas • higienos programų vertinimas • mokinių higienos žinių ir įgūdžių vertinimas • medicininė profesinė mokinių konsultacija¹⁸ • informavimas, pranešimų skaitymas • užklasinė užmokyklinė veikla: Raudonojo Kryžiaus, Raudonojo Pusmėnulio draugijų veiklos organizavimas, vadovavimas sanitarinių postų grupėms bei jų parengimas pirmosios pagalbos varžyboms

Gydytojo kontrolė apėmė fizinį mokinių auklėjimą ir mokymą. Patarimai, pagalba ar nuorodos, kaip tinkamai vesti fizinio lavinimo pamoką, atsižvelgiant į mokinių amžių, sveikatos būklę, parenkant fizinį krūvį, buvo reikšmingi, ypač silpnos sveikatos vaikams, specialiose gydytojų suformuotose grupėse (Lapelienė, 1983).

¹⁴ Safonovas, A. *Medicinos personalo darbo mokykloje instrukcija*. TSRS Sveikatos apsaugos ministerija, 1963.

¹⁵ *Kompleksinės vaikų sveikatos būklės įvertinimas vaikų kolektyvuose*. Metodinės rekomendacijos apylinkių pediatrams, lopšelių-darželių gydytojams, bendrojo lavinimo mokyklų, mokyklų – internatų ir vaikų namų gydytojams. Vilnius, 1976.

¹⁶ Kviklys, V. *Sanitarinis švietimas*. Vilnius, 1977.

¹⁷ Davidavičienė, A. *Antialkoholinis, antinarkomaninis ir antinikotininis darbas mokykloje*. Vilnius: sveikatos apsaugos ministerija, 1987.

¹⁸ Beivydas, P. *Medicininė profesinė moksleivių konsultacija*. Vilnius: LTSR švietimo ministerija, Respublikinis mokytojų tobulinimosi institutas, 1977.

Sanitarinio švietimo sudedamoji dalis – sistemingas mokinių profesinis konsultavimas, kurio metu mokyklos gydytojas siekė atkreipti paauglių dėmesį į tai, kad būtina rinktis tokią profesiją, kuri atitiktų jų sveikatos būklę ir fiziologines organizmo ypatybes (Beivydas, 1977).

Tačiau ar mokyklos gydytojas, darydamas įtaką jauno žmogaus profesiniam pasirinkimui ir gyvenimo perspektyvai, taikė kompleksinį, neformalų požiūrį individualios mokinio situacijos kontekste? Ar vykdė formalias profesinio orientavimo instrukcijas, mokyklos planus, skirstant mokinius vienokioms ar kitokioms profesijoms įgyti? Reglamentuota medicininė profesinė mokinių konsultacija ir gydytojo išvados „moksleivio medicininės-profesinės konsultacijos kortelėje“ reikšmingos, ypač dispenserinėje įskaitoje įrašytiems mokiniams, nes tai lėmė jaunuolio tinkamumą pasirinktai profesijai. Supažindinimas su profesijos reikalavimais žmogaus organizmui, pabrėžiant kontraindikacijas profesijai pasirinkti, darė poveikį ir orientavo paauglį, jo tėvus paisyti gydytojo rekomendacijų. Darytina prielaida, kad mokinių profesinis orientavimas, planinis skirstymas į darbininkiškas ir inteligentiškas profesijas, pasitelkiant mokyklos medikus, daugiau tenkino ideologizuotos sovietinės visuomenės nei individualius mokinio poreikius.

Mokinių medicininės priežiūros, higienos mokymo ir auklėjimo ribotumai bei kaitos poreikis. Mokyklų gydytojų praktikos aktualijos buvo aptariamose respublikiniuose mokyklų gydytojų pasitarimuose (Kviklys, 1969). Mokyklų gydytojų bendradarbiavimo ryšiai su pedagogais mokinių higieninio mokymo ir auklėjimo srityje daugiausia buvo nagrinėjami pabrėžiant mokinių fizinės sveikatos aspektus. Ieškota nepažangaus mokymosi priežasčių, veiklos būdų su mokiniais, turinčiais raidos nukrypimų. Socialiniai veiksniai, veikiantys mokinių fizinę ir psichinę sveikatą, nebuvo nei gydytojų praktikos, nei tyrimų objektas. Šį teiginį pagrindžia pranešimų tematika, orientuota į mokinių ligų nustatymą (žr. 8 lentelę).

V. Rociūtė ir kt. (1969) pažymėjo mokyklos gydytojo ir pedagogų sutelktos pagalbos poreikį, siekiant mokinių psichinės sveikatos saugojimo tikslų. Autorės teigimu, mokyklos gydytojo kompetencijos stoka gali lemti gydytojo ir pedagogo veiklos mokykloje izoliaciją, ribotus ryšius, o gydytojo vengimas kištis į pedagogų valdomus ugdymo procesus nesuda-

ro prielaidų psichohigieniniam ir psichoprofilaktiniam darbui mokykloje plėtotis.

8 lentelė. Respublikinio mokyklų gydytojų pasitarimo pranešimų tematika (Kviklys, 1969)

Fizinės veiklos aspektai	Psichinės veiklos sutrikimai	Mokyklos higiena ir kita
<ol style="list-style-type: none"> 1. Moksleivių laikysenos sutrikimai, nutukimas ir plokščiapėdiškumas. 2. Fiziologinis subrendimas ir jo ryšys su fiziniu išsivystymu. 3. Specialiųjų grupių reikšmė mokinių fiziniam išsivystymui. 4. Mokinių traumatizmas. 5. Moksleivių regos apsauga. 6. Vaikų lytinio brendimo sutrikimai. 7. Mergaičių ginekologiniai susirgimai. 8. Mokyklinio amžiaus vaikų funkciniai širdies ūžesiai. 9. Mokyklinio amžiaus vaikų kardiomiopatijos. 10. Sėklidžių nusileidimas ir šio sutrikimo gydymas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Moksleivių nerviniai ir psichiniai nukrypimai kai kuriose Lietuvos mokyklose. 2. Mokyklinio amžiaus neurozių gydymo klausimai. 3. Mokyklinio amžiaus vaikų neurozės. 4. Mokinių neurocirkuliacinė distonija. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mokinių maitinimo mokyklose higieninis įvertinimas. 2. Mokinių mokymosi nepažangumo priežastys. 3. Apie diferencijuotą pedagogų priėjimą prie mokinių, turinčių vystymosi nukrypimų.

Pirmuosius kompleksinius tyrimus nepažangaus mokymosi vidurinėse mokyklose medicininėms ir socialinėms priežastims išsiaiškinti atliko S. Povilonis ir G. Česnys 1972–1974 m. Tyrėjų pateikti duomenys išryškino, kad skirtingas fizinis (to paties amžiaus) mokinių išsivystymas negali būti nepažangaus mokymosi priežastis. Tai priklauso nuo socialinės aplinkos šeimoje ir mokinių psichinių ypatumų. Autoriai pateikė mokytojams, mokinių tėvams rekomendacijų, apimančių seksualinės higienos klausimus, mokinių tarpusavio santykius, fiziologijos ir elgesio ypatumus, siūlė organizuoti mokinių seksualinį švietimą. V. Kviklys (1981) pripažino gydytojo vaidmenį, supažindinant mokinius su venerinių ligų profilaktika ir informuojant tėvus aktualiais jaunimo seksualinio

švietimo klausimais. Seksualinis mokymas ir auklėjimas, integruojantis biomedicinos ir socialinių mokslų žinias, reikalavo bendradarbiavimu paremtos, organizuotos medikų bei pedagogų veiklos, įvertinant jaunimo poreikius ir interesus.

Pripažinimas, kad nuo socialinių veiksnių labai priklauso žmonių sveikata, koregavo mokyklos gydytojo profilaktinės veiklos kryptį. Pripažinta ne vien visuotinės dispanserizacijos, bet ir sveikatos stiprinimo, kaip sveiko žmogaus gyvenimo būdo formavimo, reikšmė. Ši tendencija pradėjo ryškėti aštuntajame dešimtmetyje, atkreipiant dėmesį į socialinius veiksnius, darančius įtaką sveiko gyvenimo būdo formavimui: socialinę ekonominę šalies raidą, urbanizaciją, stresą, šeimos padėtį, mitybą, sveikatai žalingus įpročius. Tačiau tai buvo daugiau deklaratyvioji nei vykdomoji sovietinės medikalizuotos sveikatos apsaugos sistemos dalis (Janušonis, 1988). Šiame kontekste sveikatos samprata vertinama kaip protinis, fizinis ir socialinis žmogaus komfortas (žr. 9 lentelę). Tačiau medicina, praplėtusi savo įtaką visuomenės gyvenimui, tapo jos kontrolės forma (Jakušovaitė, 2001).

9 lentelė. Pozityvios mokinių sveikatos ir jos stiprinimo charakteristikos

Sveikatos samprata	Sveikata – tai fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė (PSO, 1948)
Mokinių sveikatos stiprinimo strategija	Plėtojama profilaktinė medicina ir medicinos technologijos
Sveikatos stiprinimo pajėgos	Mokiniai, jų tėvai, pedagogai turi teisę dalyvauti mokyklos sveikatos priežiūros ir jos stiprinimo veikloje, tačiau čia vyrauja mokyklos medikas

A. Davidavičienė (1986) nurodė, kad mokinių sveikatai turi reikšmės mokymo ir auklėjimo proceso organizavimo veiksniai, mikrosocialinės darbo ir poilsio sąlygos, todėl pedagogai turėtų gerai susipažinti su mokinių fizine ir psichine sveikatos būkle ir stiprinti auklėtinių sveikatą. Šiame kontekste išryškėjo mokinių sveikatos sampratos, apimančios kasdienio gyvenimo išteklius (asmenybinius, socialinius ir fizinius), pripažinimo bei aktyvaus mokytojų vaidmens įgyvendinimo poreikiai, įtvirtinant mokinių sveikatos stiprinimo strategijas mokykloje.

Žalingų įpročių plitimo mokykloje problema lėmė neigiamus mokinių sveikatos pokyčius, o tai reikalavo sutelktos medikų, pedagogų, tėvų, socialinių ir kitų tarnybų veiklos. Antialkoholinis, antinarkomaninis ir

antinikotininis švietimas buvo suprantamas kaip higieninio mokymo ir auklėjimo sudėtinė dalis, o higieninis auklėjimas – visapusiško ir harmoningo jaunosios kartos, kurioje turi derintis moralinis tyrumas, dvasinis turtingumas ir fizinis tobulumas, auklėjimo dalis (Davidavičienė, 1987).

Medikui buvo nurodyta įgyvendinti nuoseklų veiklos planą mokykloje, kuris turėjo apimti mokinio darbinę, visuomeninę bei buitinę veiklą, taip pat mokymo procesą, užklausinę veiklą bei auklėjimo šeimoje aspektus. Mokyklos medikas įpareigojamas paremti pedagogus savo žiniomis, literatūra ar vaizdinėmis priemonėmis, pasiūlymais, kaip plačiau skleisti blaivybės idėjas, išaiškinti rūkymo bei narkotikų vartojimo žalą ne tik mokiniams, bet ir jų tėvams. Tačiau tyrimų, atskleidžiančių gydytojo, kaip sveikatos ugdytojo mokykloje, vaidmens raišką, sovietmečiu stokojama. Medikai daugiausia nagrinėjo mokinių ligas, žalingų sveikatai įpročių paplitimą ir jų priežastis (Davidavičienė, Dailidienė, Christauskienė, 1989; Ciunienė, 1987; Goštautas, 1980).

E. Daktaravičienė, V. Černiuvienė (1987), N. Kelbauskienė ir kt. (1987) pabrėžė mokinių regos sutrikimų, stomatologinių ligų profilaktikos uždavinius pedagogams bei mokyklų medikams. K. Janulis (1989) teigė, kad profilaktinis darbas mokykloje turi būti kryptingas, o svarbiausia, moksliskai pagrįstas, atsižvelgiant į sveikatos sutrikimus ir sveikatos rizikos veiksnių paplitimą. Tačiau praktika rodė, kad atlikus tikrinimus, mokinių sveikatos reikalai ir sanitarinio švietimo darbas buvo paliekami savieigai.

Mokinių higienos mokymas ir auklėjimas medicinos sesers (medicinos felčerio) praktikoje. Pirmuosiuose sovietinės valdžios dokumentuose ir straipsniuose apie mokyklų medicininę sanitarinę priežiūrą ir sanitarinį švietimą fiksuojama, kad minėtas veiklas vykdė medicinos darbuotojai (gydytojas, medicinos felčeris, medicinos sesuo) (Nimen, 1948; Matulionis 1943). Dokumentai, metodinės rekomendacijos ir straipsniai nurodė, kad mokykloje dirbo medicinos felčeris ar medicinos sesuo. Ši specialistų grupė, sovietinės nomenklatūros įvardyta kaip vidurinysis medicinos personalas, aktyviai talkino gydytojui, organizuojant mokinių medicininę priežiūrą ir sanitarinio švietimo priemones. Pasibaigus karui, 1945 m., šalyje fiksuojami 1762 vidurinėsios grandies darbuotojai, kurie buvo baigę trumpalaikius profesinio rengimo kursus (Kazlauskas, 1956).

Sovietmečiu imta sparčiai rengti šios grandies darbuotojus, nuosekliai ilginant jų medicininės studijas iki dvejų metų ir skiriant jiems gydytojo padėjėjo vaidmenį.

Mokyklų gydytojų padėjėjais skiriami felčeriai arba medicinos seserys, kurių veiklą reglamentavo TSRS sveikatos apsaugos instrukcija (Safonovas, 1963). Medicininis mokinių sveikatos priežiūros modelis, kuriame vyravo gydytojo autoritetas, lėmė mokyklos medicinos sesers (dabartinis pavadinimas – slaugytoja(-as)) vaidmenį. Medicinos seserys atliko sekretorės, tiekėjos, sanitarijos inspektorės, kurjerės vaidmenis, kurių įgyvendinimas daugiausia tenkino gydytojo medicinos praktikos poreikius. Mokyklos medicinos sesers sekretorės vaidmuo įsivaizduotinas kaip „popierių tvarkytojos“, besirūpinančios mokinių kortelių ir jų medicininių duomenų formomis, ataskaitomis, inventoriumi, vaistų apskaitomis, instrukcijomis, metiniais ir mėnesio planais bei kt. Medicinos sesuo, kaip tiekėja, buvo įpareigota aprūpinti mokytojus sanitarinio švietimo medžiaga ir vaizdinėmis priemonėmis, dirbtuves – pirmosios pagalbos vaistinėlėmis. Kaip kurjerė medicinos sesuo lydėjo mokinius į gydymo ir profilaktikos įstaigas konsultuotis pas gydytojus, pristatė gydytojui mokinių medicininių tyrimų duomenis ar išvadas. Sanitarijos inspektorės vaidmuo buvo atliekamas, kontroliuojant mokyklos epidemiologinį režimą: patalpų valymą, vėdinimą, temperatūrą ir kt. Minėtoms funkcijoms atlikti reikėjo laiko sąnaudų ir medicinos sesers pastangų, tačiau veiklos rezultatai nebuvo matomi, vertinami, todėl nereikšmingi. Mokyklų medicinos seserims buvo nurodyta kontroliuoti mokinių laikyseną pamokų ir pertraukų metu (pvz., kaip mokytojai susodina mokinius suoluose pagal jų ūgį, regėjimą ir klausą), fizinio auklėjimo pamokas (sporto salės sanitarijos ir higienos būklę, asmens higieną (švarą, aprangą, apavą), ar fizinio lavinimo mokytojai vykdė gydytojo nurodymus ir užsiėmimų metu skirsto mokinius į grupes); mokinių maitinimo organizavimą (maisto produktų kokybę ir valgyklos švarą). Plėtojama kabinetinė mokymo sistema, pailgintos dienos ir parengiamųjų mokinių grupių veikla bendrojo lavinimo mokyklose įpareigojo mokyklinės medicinos ir higienos tarnybas nuolat koreguoti sanitarines higienines normas ir taisykles, kuriomis privalėjo vadovautis mokyklų medicinos personalas (Vasilevskienė, 1984; Šurkienė, 1977; Davidavičienė, 1973; Kviklys, 1973).

„Tampoma“ tarp gydytojų valdžios („...kontroliuoti, ar pedagogai neleidžia mokiniams dirbti pamokų metu be akinių...“¹⁹) ir mokyklos interesų („...kartu su mokyklos administracija aptarti higienines mokymosi sąlygas, bendradarbiauti su mokytojais ir ...“ (žr. 14 išnašą)) bei mokinių poreikių („...stengtis, kad visi pradinių klasių mokiniai pavalgytų mokykloje, ypač lankantys prailgintos dienos grupę...“ (žr. 14 išnašą)) įsivaizduojama mokyklų medicinos seserų praktikos kasdienybė. Tačiau ar mokyklos medicinos sesuo atliko tik pagalbinius vaidmenis?

Kaimo bendruomenėse ir jų mokyklose dirbantys medicinos felčeriai ir medicinos seserys buvo pagrindiniai, o neretai ir vieninteliai medicinos paslaugų teikėjai, pripažįstami kaip reikšminga sovietinės sveikatos sistemos išteklių dalis (Černiauskas ir kt., 2000). Sovietmečiu šie medicinos darbuotojai vykdė ne tik gydymo, ligų profilaktikos priemones įvairaus amžiaus vaikams, bet ir edukacinę veiklą atokiose kaimo mokyklose. Kaimo mokyklos specifiškumas, medicinos punktų steigimas mokyklose, nutolęs gydytojo kaip autoriteto poveikis („...kaimo mokyklose gydytojas nedažnas svečias“²⁰), lėmė medicinos seserų praktikos turinį. Jos vykdė medicininės praktikos instrukcijas ir mokyklų sanitarinio švietimo metodinius nurodymus. Kaip medicinos seserys dalyvavo sanitarinio švietimo veikloje?

Sanitarinis švietimas, higienos mokymas ir auklėjimas. Sanitarinis švietimas, apimantis medicinos ir higienos žinių propagavimą, kaip svarbus sovietinės sveikatos apsaugos uždavinys, buvo patikėtas pedagogams ir mokyklose dirbantiems medikams, siejant jį su pedagoginiu procesu (Dailidienė, 1983; Kviklys, 1977). G. Šurkienė (1978) įvardijo mokyklos sanitarinio švietimo kryptis, kurios apėmė: higienos pagrindų, numatytų mokyimo programose, sistemingą dėstymą; užmokyklinį ir užklasinį sanitarinį švietimą; kasdienį sanitarinio higieninio auklėjimo darbą. Sanitarinis švietimas suprantamas kaip higienos ugdymas (mokymas ir auklėjimas) bendrojo lavinimo mokyklose. Ugdymas sovietinėje mokykloje grindžiamas gamtamokslinio pozityvizmo bei „demokratinio“ centralizmo principais,

¹⁹ Davidavičienė, G. Apie mokyklų vidurinio medicinos personalo darbą. *Sveikatos apsauga*. 1973, 1: 57–59.

²⁰ Drauge su medicinos darbuotojais. *Tarybinis mokytojas*. Vilnius: Lietuvos TSR liaudies švietimo ministerijos, Švietimo ir mokslo darbuotojų profesinės sąjungos Lietuvos respublikinio komiteto laikraštis. 1977, p. 1.

rėmėsi neginčijamu mokytojo, kaip vyresniojo valdžios atstovo, autoritetu. (J. Vaitkevičius, 1994). E. Andriulis, M. Černiauskienė (1987) teigė, kad higienos mokymas ir auklėjimas būtina kiekvieno mokytojo darbo dalis ir šį darbą atliko įvairių dalykų mokytojai. Jie teikė mokiniams žinių ir formavo higieninius įgūdžius, todėl autoriai skyrė pedagogui pagrindinį vaidmenį sistemingo formalaus higienos ugdymo procese, dėstant higienos pagrindus, numatytus mokymo programose. Tačiau G. Šurkienė (1978) ir N. Dailidienė (1983) skyrė mokyklos medikui (gydytojui arba medicinos seseriai) vadovo vaidmenį sistemingam sanitarinio švietimo darbui organizuoti ir teigė, kad higieniniam mokinių mokymui jis pasirėngęs ir gali ne tik rengti metodinę medžiagą pedagogams, bet ir konsultuoti, organizuoti ir vesti užsiėmimus, atsižvelgdamas į vaikų amžių. Šiame kontekste teigtina, kad pedagogai įgyvendino sistemingą higienos mokymą klasėse, o medicinos sesers edukacinė veikla tebuvo tik fragmentiška, orientuota į pagalbą mokytojui (pvz., pagalba pedagogui parengti metodinę medžiagą, reikšmingos informacijos perdavimas, medicininių mokinių sveikatos būklės duomenų pristatymas, pavienės paskaitos, pokalbiai).

G. Šurkienė (1977) pabrėžė medicinos sesers, kaip higienos mokytojos, pedagoginės sąveikos, pagrįstos pozityviais kontaktais su mokiniais, aspektą. Autorė rėmėsi mokinių požiūriu tyrimu ir teigė, kad mokiniai daugiausia apie žmogaus sveikatą, asmens higienos reikalavimus sužinojo ir geriausiai įsiminė, kai juos pristatė medicinos personalas. Medicinos sesuo, kaip higienos mokytoja, mokė mokyklos pagalbinį ir virtuvės personalą, vedė sanitarinio minimumo, asmens ir mokyklinės higienos pamokas (Nimenas, 1948). Medicinos sesers, kaip mokytojos, vaidmuo orientuotas į mokinius ir apėmė mokymus apie blaivią gyvenseną, asmens ir burnos higieną, mokyklinę higieną, pirmosios pagalbos teikimą pamokose, rūkymo profilaktiką, kino filmų ir vaizdinių priemonių, piešinių demonstravimą, slaugos būrelių steigimą, pirmosios pagalbos įgūdžių lavinimą užklasinėse veiklose (sanitarinių postų, sanitarinių draugovių varžybose) (Serdiukovskaja, 1983; Kelbauskienė, 1987; Pilkauskienė 1987; Safonovas, 1963).

Užklasinis auklėjimas. Sovietmečiu sanitarinis švietimas ir higienos mokymas buvo neatskiriamas nuo auklėjimo. Ryškus mokyklos medicinos sesers, kaip auklėtojos, vaidmens specifiškumas fiksuojamas užklasi-

nėje (po pamokų) mokinių veikloje, taikant sveikatos apsaugos medžiagos, kino filmų demonstravimą, įpareigojimų, elgesio pratimus, žaidimus ir varžybas. Užklasiniėje veikloje mokyklos medicinos sesuo, kaip auklėtoja, vadovavo mokinių grupėms, o auklėjimas kolektyve buvo esminė, sovietinei visuomenei ir mokyklai priimtina auklėtinių veiklos organizavimo forma (Bitinas, 1977). Medicinos sesuo, kaip auklėtoja, organizavo mokinių sanitarinius postus, sanitarijos draugovinėlių būrelius, agitavo jaunuomenę dalyvauti Raudonojo Kryžiaus organizacijos veikloje. Išrinkta mokinių sanitarinė draugovė buvo įpareigota tikrinti klasių švarą, valgyklos, koridorių sanitarinę būklę ir pranešti medikui, kaip mokiniai laikosi asmens higienos taisyklių, informuoti apie režimo pažeidimus bei apie sergančius bendraamžius. Reikalavimai ir režimas buvo tapatinami su mokiniams nustatyta veiklos tvarka ir elgesio mokykloje normomis, kurių visi turėjo paisyti, o nepaklūstantieji buvo svarstomi susirinkimuose ar sueigose. Auklėjimas kolektyve buvo sovietinės pedagogikos asmenybės ugdymo priemonė ir sąlyga, kai auklėjamasis paklūsta kolektyvui ir visuomeninei nuomonei (Jovaiša, 2001; Vulfovas, Potašnikas 1981; Bitinas, 1977). Būdingas sovietinio auklėjimo metodas – lenktyniavimas, mokinių sanitarinių postų *varžybos*, kuriose varžomasi dėl pirmosios pagalbos mokėjimų ir įgūdžių, ligonių slaugymo, vaistažolių rinkimo ir saugaus eismo užtikrinimo. Mokinių sanitarinių postų grupių mokymus vedė mokyklos medikai, įpareigoti siekti ne tik profilaktinio darbo, bet ir gynybinių ideologinių tikslų. Tinkamas pasirengimas buvo demonstruojamas varžybų metu, kai kliūčių ruože sanitarijos postų dalyviams reikėjo skubiai atlikti įvairias medicinines pagalbos užduotis, pernešti sužeistuosius, įveikti kliūtis (BPSG programa, 1963; Buldakova, Rukšnaitis, 1958). Renginių organizavimas ar dalyvavimas juose provokavo medicinos sesers, kaip organizatorės, savybių raišką, derinant pozicijas su pedagogais ar vykdant administracijos nurodymus. Mokyklų užklasinio ir užmokyklinio auklėjamojo darbo organizatorių veiklos tikslai – kolektyviškumo ugdymas, sutelkiant mokinių dėmesį į politinę ir visuomenei naudingą veiklą, fizinę kultūrą ir sportą. Mokyklos medikas suprantamas kaip aktyvus veikėjas minėtuose auklėjimo procesuose, vykdamas autoritarinės visuomenės ir mokyklos uždavinius (Vasilevskienė, 1984). Tačiau priverstinis ir masinis renginių organizavimas buvo paremtas autokratišku vadovavimo stiliumi

mokyklos viduje, ignoravo mokinių saviraišką, individualumą, nors ir buvo orientuotas į fizinės sveikatos stiprinimą.

Mokyklos medicinos sesers ir mokinio tėvų, medicinos sesers ir vaiko sąveikos charakteristikos. Reikšmingas mokyklos medicinos sesers užklasinės veiklos aspektas – auklėjamasis poveikis mokinio šeimai. Kokios medicinos sesers ir mokinio tėvų sąveikos charakteristikos?

J. Laužikas (1993) teigė, kad „...švietimo veiksmė turi būti visašaliai pažįstama pati šeima, šeimos auginimo bei auklėjimo veiksmų vaiko psichikai padėti pagrindai, t. y. vaiko įpročiai, dvasinis lobynas ir visos psichikos konstruktyvumas bei santykiavimas su šeimos poveikiais“. Vaikystėje, kai formuojami pirminiai higienos įgūdžiai ir įpročiai: prausimasis, rankų plovimas ir dantų valymas, mityba, fizinis aktyvumas, darbo ir poilsio režimas, ypač svarbi šeimos aplinka ir tradicijos, tėvų vaidmuo parengiant vaiką mokyklai, padedant pasiruošti nugalėti pasitaikančius sunkumus. Reikšmingas tėvų išmanymas, tinkamas reiklumas nuo mažumės vaikams formuojant kasdienės asmens higienos, veiklos ir poilsio režimo įgūdžius. Šeimos narių elgesys ir įpročiai – neabejotinas pavyzdys vaikams (Tijūnėlienė, 1996). Todėl vienas pirmųjų pradinių klasių mokytojams kylančių klausimų, susitikus su mokiniu, yra ne tik kokios jo žinios, sugebėjimai, įgūdžiai, bet ir kokia jo sveikata ir įpročiai. Būtent pažįstant mokinių sveikatą susipynę mokytojo, medicinos sesers ir šeimos vaidmenys.

Mokyklos medicinos sesuo derino praktiko ir mokytojo vaidmenis. Medicinos sesers / praktikės vaidmuo įgyvendintas šiose veiklose: skiepijimas, mokinių fizinės sveikatos duomenų registravimas (pvz., kraujo spūdzio, ūgio, svorio, regėjimo matavimas) (Daktaravičienė, 1987). Šių veiklų atlikimas susijęs su informavimu, kuris apėmė sveikatos duomenų ir procedūrų atlikimo išaiškinimą, mokinių, tėvų informavimą tiesiogiai, kalbant apie fizinį krūvį, vaiko dienos režimą, mitybą ir netiesiogiai, ruošiant informacinius standus, brošiūras.

Mediko poveikis šeimai reiškėsi per sveikatos konsultavimą ir informavimą, suteikiant tėvams reikšmingos informacijos ir žinių apie mokinio fizinį, psichinį išsivystymą ir sveikatos sutrikimus. Sistemingas mokinių profesinis konsultavimas – sudėtinė sanitarinio švietimo dalis, kurios metu mokyklos medikas siekė atkreipti mokinių dėmesį į tai, kad būtina rink-

tis tokią profesiją, kuri atitiktų jo sveikatos būklę ir fiziologines organizmo ypatybes. Medikas vykdė formalias profesinio orientavimo instrukcijas, mokyklos planus, skirstant mokinius vienokioms ar kitokioms profesijoms įgyti. Supažindinimas su profesijos reikalavimais žmogaus organizmui, pabrėžiant kontraindikacijas profesijai pasirinkti, darė poveikį ir orientavo pagulį, jo tėvus paisyti mediko rekomendacijų (Beivydas, 1977).

Organizuojami pokalbiai, paskaitos ir pranešimai, susitikimai su tėvais, vaizdinė agitacija, atmintinės, brošiūros, nurodančios, kaip reikia rūpintis vaiko sveikata šeimoje. Tačiau vadovavimo principo taikymas santykiuose su šeima lėmė formalizmo apraiškas (Jovaiša, 2001). Išplečiamas visuotinis priverstinis tėvų pedagoginis švietimas, kai tėvai kviečiami į mokyklą pasiaiškinti dėl apleistų vaikų, blogo jų elgesio, rūkymo ar piktnaudžiavimo alkoholiu, pamokų praleidinėjimo (pvz., mokyklos medicinos sesuo tvarkė kasdienę nelankančių pamokas mokinių apskaitą, aiškinosi pamokų praleidinėjimo priežastis (Safonovas, 1963). Auklėjimas „kolektyvinėmis priemonėmis“ menkino šeimos vaidmenį, o formalios vienpusės komunikacijos taikymas viešuose susirinkimuose neskatino tėvų aktyvumo, atsakomybės už savo vaikų sveikatą, neužtikrintas grįžtamasis ryšys menkino informacijos supratimą ir jos reikšmę. Tokios priemonės vertintinos kaip nuviliančios tėvus. Stigo darnių šeimos ir mokyklos santykių (Jovaiša, 2001).

Nedarnių ar probleminių šeimų lankymas, pasitelkiant mokyklos mediką ar sanitarinio aktyvo narius, buvo vykdomas savanoriškos visuomeninės veiklos kontekste. Kolektyvinis auklėjamasis poveikis tėvams dėl vaikų auginimo ir sveikatos priežiūros, paremtas aiškinimu ir moralizavimu, nesiekė keisti atskiros šeimos situacijos. Mediko, kaip globėjo, šeimų lankymo tikslas buvo stebėti skurdžiai gyvenančių šeimų gyvenimo sąlygas, darančias įtaką vaiko raidai, sveikatos sutrikimus ar ją žalojančius veiksnius, įspėti tėvus ir informuoti tarnybas, kurios priimtų sprendimus dėl vaiko perkėlimo į mokyklos bendrąbutį ar į specialias stacionarinės globos įstaigas (Kviklys, 1980). Medicinos seserų veikloje fiksuojami socialinių paslaugų teikimo elementai, įgyvendinant tokias funkcijas: rūpinimasis nelankančiais mokyklą vaikais ir jų lankymas namuose; domėjimasis problemomis, kurios lėmė vaiko sveikatos blogėjimą ir mokymosi sunkumus. Medicinos sesers globėjos praktinės veiklos raiška: nemokamo maitinimo mokykloje organizavimas skurstančių, gausių šeimų vaikams,

parama, lydint ir būnant kartu su vaiku gydytojų konsultacijų ar atliekamų procedūrų metu. Mokyklos medicinos seserys rūpinosi vaikų dantų gydymo organizavimu, lydėjo juos į gydytojo specialisto konsultaciją (Lisauskienė, 1984). Medicinos sesers globėjos tikslas buvo aplankyti problemines šeimas, aiškinti tėvams vaikų auklėjimo klausimus. Globojimas apėmė ne tik mokinio auklėjimo, bet ir rūpinimosi jo sveikata aspektus, dėl kurių jis nelankė mokyklos (Uzielienė 1988; Šurkienė, 1977).

Rūkymo, alkoholio ir narkotinių medžiagų paplitimas mokyklose devintajame dešimtmetyje išryškino mokyklos mediko, kaip higienos mokytojo, naujos kokybinės sampratos bei jo edukacinės veiklos poreikio augimo tendencijas, skirtas žalingų įpročių prevencijai. Atkreiptas dėmesys į asmenines mokyklos mediko savybes: santūrumą, iniciatyvumą, gebėjimą įtikinti ir užmegzti glaudų kontaktą su mokiniais; pedagoginę kompetenciją, pažymint, kad profilaktinio darbo sėkmę lemia mokymo metodika ir turinys, o renginiai mokiniams turi būti įdomūs ir prasmingi. Pripažinta, kad medikas daro įtaką vaikų ir paauglių požiūriui, elgesiui, gyvensenai (Davidavičienė, 1987; Goštautas, 1987). Tačiau mokyklos medicinos sesers, kaip sveikatos mokytojos, raiškos ribotumą lėmė vyraujantis dichotominis sveikatos supratimas (sveikata vertinama pagal patologinių nukrypimų dydį), autokratinė ir nelanksti sveikatos ir švietimo politika.

Mokyklos medicinos sesers psichologinio darbo su vaikais charakteristikos fiksuojamos veiklos aprašuose, metodiniuose devintojo dešimtmėčio medikų ledinio „Sveikatos apsauga“ straipsniuose ir metodinėse rekomendacijose (Uzielienė 1988; Vasilevskienė, 1984; Kunigėlienė, 1979). Medicinos seseriai, dirbančiai su vaikais, rekomenduota siekti pozityvios sąveikos su vaikais, teigiamomis emocijomis ir draugiškumu pagrįsto bendravimo, siejant tai su poveikiu vaiko sveikatai. Medicinos seserims nurodyta lankytis šeimose, įvertinti vaiko gyvenimo aplinką, sąlygas, šeimos narių socialinę padėtį ir tarpusavio santykius. Specialistei aktualu pažinti, fiksuoti ne tik mokinių fizinės sveikatos būklę, bet ir kreipti dėmesį į jų asmenybių charakteristikas, lavinti bendravimo su mokyklinio amžiaus vaikų grupėmis įgūdžius, siekiant veiksmingesnių sveikatos rezultatų.

Sanitarinio švietimo įgyvendinimo kompetencijos poreikiai medicinos seseriai. Sanitarinis švietimas, įgyvendinimas mokyklos medicinos

sesers, nebuvo paremtas pedagogine kompetencija. G. Šurkienė (1978) teigė, kad mokyklos medikai prisidėjo ugdant higieninius įgūdžius, tačiau tai atliko neprofesionaliai: užsiėmimai buvo vedami paviršutiniškai, ne-naudotos vaizdinės priemonės, o pats medikas, kaip mokytojas, mokinių charakterizuotas kaip šiurkštus ir netaktiškas. Vilniaus mokyklų mokiniai anketose nurodė, kad pasigedo švelnumo susitikimuose su medikais. Medicinos seserims priekaištauta dėl jų pasyvumo, aiškinantis mokinių mokyklos nelankymo, nervingumo priežastis, įgyvendinant sanitarinį švietimą mokiniams ir jų tėvams (Šurkienė, 1977).

J. Kunigėlienė (1979) ir A. Vasilevskienė (1984) teigė, kad medicinos seserims, dirbančioms su vaikais, svarbu įgyti mokymo ir auklėjimo, psichologijos ir higienos žinių. Tačiau sanitarinio švietimo atžvilgiu medicinos seserys ir medicinos felčeriai buvo menkai ruošiami profesinio rengimo institucijose. Kauno medicinos mokyklos medicinos felčerių studijų praktikos programa nurodė gydytojo prižiūrimam studentui atlikti aiškinamąjį darbą piliečiams, nurodant, kokiomis priemonėmis išvengti ligų ir jų patologijos. Gamybinės praktikos metu studentui buvo parenkama tema, pagal kurią jis turėjo parengti konspektą ir pranešimą (Grigas, 1963). I. Grakauskienė (1984) nurodė, kad Vilniaus medicinos mokyklos medicinos seserų profesinio rengimo programoje svarbiausios yra ligonių slaugos ir klinikinės disciplinos, o praktikos darbai atliekami ligoninėse prie ligonio lovos, sąžiningai ir tiksliai vykdant gydytojo nurodymus. Medicinos sesuo buvo suprantama kaip priklausoma būtybė, paklusniai vykdanti gydytojo nurodymus, paslaugi, kontroliuojanti savo nuotaiką, elgesį, kalbą ir net mintis. R. Valentukevičius (1984) nurodė buvusią didelę gydytojų dėstytojų kaitą medicinos seserų profesinio rengimo institucijose, ir to priežastimi laikė gydytojų, kaip profesijos mokytojų, psichologinio pasirengimo stoką. Klinikinės medicinos disciplinos sudarė didžiąją dalį medicinos seserų profesinio rengimo studijų, kurias dažniausiai dėstė dėstytojai antraeilininkai. Vaikų medicinos seserų profesinio rengimo organizacija buvo nelanksti, medikalizuota, ignoruojanti pedagoginius praktikos poreikius. Visa tai lėmė ribotą vienpusį medicinos seserų, dirbančių su vaikais, profesinį pasirengimą ir menką statusą visuomenėje.

B. Baliūnienė (1984) nurodė, kad baigusių medicinos mokyklą medicinos seserų kvalifikacija buvo tobulinama ir reikiamos kompetencijos įgy-

jamos įvairiuose kursuose, kuriems vadovavo ligoninių, sanitarijos ir epidemiologijos stočių, poliklinikų skyrių vedėjai, gydytojai, turintys mokslinių laipsnių. Medicinos seserų žinios ir techninių įgūdžių tobulinimas buvo skirtas specializuotos medicininės praktikos (reanimacijos ir intensyvios pagalbos, ūmių ligų gydymo) poreikiams tenkinti. A. Griškevičiaus, A. Užkalnienės ir kt. (1984) apklausos duomenys patvirtino menkas medicinos seserų kvalifikacijos tobulinimo galimybes (44 proc.) ir medikalizuotą pasikaitų turinį, atkreipė dėmesį į medicinos seserų savarankiškumo ugdymo problemą. V. Janušonis (1990) nurodė medicinos seserų praktikos organizacinius trūkumus, kuriuos siejo su prievartiniu medicinos seserų profesionalumo ir ydingos tvarkos įdiegimu, kai medicinos sesuo orientuojama tenkinti ne paciento ir jo šeimos, o gydytojų praktikos poreikius.

Profesinės socializacijos metu medicinos seserys priėmė tas vertybes ir normas, teorijas ir metodus, kuriuos perdavė jų mokytojai / gydytojai, turintys valdžią ir įtaką, patys išugdyti esant formalaus ir dogmatinio profesinio rengimo poveikiui. J. Morkūnienė (2002) nurodė, kad žmogui reikia pripažinimo, įvertinimo, įsitikinimo savo reikšmingumu kitiems – žmogui reikia pagarbos, kitaip jis išgyvena menkavertiškumo jausmą. Darytina prielaida, kad sovietmečiu medicinos seserų veikloje įsivyravo gydytojų priimtose normos be išlygų vykdyti jų taisykles. Nepatenkinti medicinos seserų socialiniai poreikiai, kaip pagarba, pripažinimas, įvertinimas, įsitikinimas savo veiklos reikšmingumu, lėmė jų menkavertiškumo ir apatijos apraiškas.

Stomatologinė pagalba ir sanitarinis švietimas. Sovietmečiu stomatologinės pagalbos mokiniams prieinamumas sietinas su stomatologinių kabinetų steigimu mokyklose. Ypač kaimo mokyklose, kuriose nebuvo nuolatininių stomatologinių kabinetų, buvo organizuojami laikini ar kilnojamieji burnos ertmės sanavimo kabinetai. Svarbus stomatologinės pagalbos raidai buvo 1961 m. priimtas TSRS Ministrų tarybos nutarimas „Dėl priemonių gerinant stomatologinę pagalbą gyventojams“. Nutarimas nurodė stomatologijos įstaigų tinklo plėtros ir stomatologinės pagalbos kryptis. 1966 m. stomatologiniai gydomieji kabinetai veikė 187 mokyklose, stomatologams buvo nurodyta dispanserizuoti mokinius ir ikimokyklinio amžiaus vaikus, o sanitarinio švietimo darbui mokykloje skirti ne mažiau

kaip 4 valandas per mėnesį (Kisielius, Balkevičius, Gurauskas, Kindziulis, 1986; Kelbauskienė 1985; Zaikauskas, 1968). Mokyklos stomatologams buvo perduoti ne tik mokinių dantų priežiūros specialisto praktiko, bet ir mokytojo bei informacijos teikėjo vaidmenys.

Stomatologinių susirgimų profilaktikos organizavimo mokyklose metodikose (Kelbauskienė, Milčiuvienė, Stropienė, 1987, 1985) nurodomos mokyklos stomatologo veiklos kryptys: 1) mokinių sanitarinis higieninis mokymas ir auklėjimas; 2) tėvų sanitarinis švietimas; 3) žinių suteikimas pedagogams stomatologinių susirgimų profilaktikos ir vaikų higieninio auklėjimo klausimais bei metodinių rekomendacijų, vaizdinių priemonių paruošimas (žr. 10 lentelę).

10 lentelė. **Stomatologo vaidmens įgyvendinimo sanitariniame švietime sritys** (remiantis Kelbauskiene ir kt. 1987)

Mokinių higienos mokymas ir auklėjimas	Pedagogų sanitarinis švietimas	Tėvų sanitarinis švietimas
<p><i>Pradinių klasių mokinių mokymas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • burnos higienos pamokų plano sudarymas; • burnos higienos pamokų vedimas visiems pirmos klasės mokiniams; • burnos higienos išaiškinimas, naudojant paveikslėlius, skaidres, filmus, eilėraščius, knygeles; • dantų valymo technikos demonstravimas klasėse. <p><i>Edukacinis darbas su vyresnių klasių mokiniais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Raudonojo Kryžiaus organizacijų, užklasinės veiklos būrelių, propaguojančių burnos ertmės higienos svarbą, įtraukimas; • instruktorių higienistų paruošimas mokinių higieninių įgūdžių kontrolei; • praktinių burnos higienos užsiėmimų vedimas klasėse. 	<ul style="list-style-type: none"> • pirminės mokinių stomatologinių susirgimų profilaktikos tikslų išaiškinimas; • metodinių rekomendacijų pedagogams rengimas; • pedagogų aprūpinimas vaizdinėmis priemonėmis; • metodiškas vadovavimas pedagogams, rengiant mokinių higieninį auklėjimą užklasinėse veiklose. 	<ul style="list-style-type: none"> • tėvų supažindinimas su pirminės stomatologinės profilaktikos mokykloje programa; • žinių apie moksleivių mitybą teikimas tėvams, organizuojant jiems paskaitas ar susirinkimų metu; • tėvų informavimas apie mokykloje taikomas karieso profilaktikos priemones.

Mokymo vykdymas reikalavo asmeninės stomatologo iniciatyvos, darbo laiko sąnaudų, kompetencijos, reikalingos burnos higienos mokymui organizuoti atskiroms mokinių amžiaus grupėms, bendradarbiauti su auklėtojais, dalykų mokytojais, mokyklų medikais ir tėvais. E. Lissauskienė (1984) teigė, kad mokyklų stomatologams reikėjo atlikti didelį aiškinamąjį darbą, įtikinti ir raginti vaikus atvykti į stomatologo kabinetą.

Analizuojant pirminės stomatologinių susirgimų profilaktikos organizavimo mokyklose metodines rekomendacijas, randama duomenų, leidžiančių patvirtinti mokyklos gydytojo, medicinos sesers ir stomatologo bendradarbiavimo momentų. L. Nimenas (1948) nurodė, kad mokyklos gydytojas ar medicinos sesuo, prieš skirdami vaikus į dantų gydymo kabinetą burnos ertmei sanuoti, turėjo surengti pokalbius apie tos priemonės taikymo reikšmę, apie būtinumą pasirodyti stomatologui ir apie dantų valymo reikšmę, pademonstruojant, kaip tai reikia daryti. Priėmimo metu stomatologui nurodyta su kiekvienu mokiniu individualiai pasikalbėti.

Į higieninį mokinių auklėjimo procesą mokyklų stomatologai buvo įpareigoti įtraukti Raudonojo Kryžiaus organizaciją, užklasinės veiklos būrelius, kuriems neretai vadovavo mokyklos medicinos sesuo ar medicinos felčeris (Kelbauskienė ir kt. 1987). Šiame kontekste darytina prielaida, kad mokyklos stomatologas atliko metodinio vadovo vaidmenį, o mokinių burnos higienos mokymas (pvz., supažindinimas su dantų valymo taisyklėmis), ypač pradinėse klasėse, ar kitų auklėjimo priemonių organizavimas (skaidrių, filmų demonstravimas, tėvų supažindinimas su pirmine stomatologinių susirgimų profilaktikos programa mokykloje) buvo perduotas arba įgyvendinamas kartu su mokyklos medicinos seserimi ir klasių auklėtojais.

Metodinėse rekomendacijose (1981)²¹ randami nurodymai, kad stomatologas, dirbantis su vaikais, turėjo supažindinti vaikų darželių, pradinį klasių auklėtojus su stomatologinių susirgimų profilaktika, kartu su pedagogais formuoti vaikų higienos įgūdžius, kontroliuoti, kaip jie taikomi. Stomatologui, dirbančiam su mokyklinio amžiaus vaikais, buvo rekomenduota įsitraukti į bendrą mokyklos ugdymo procesą ir vadovautis

²¹ *Sanitarinio švietimo organizavimas moksleiviams burnos higienos klausimais*. Metodinės rekomendacijos gydytojams stomatologams. Vilnius: LTSR sveikatos apsaugos ministerija, 1981.

burnos higienos mokymo bei auklėjimo programa, taip pat, atsižvelgiant į mokinių amžių, taikyti užklausinės veiklos formas (Milčiuvienė ir kt. 1986).

2.3. Sveikatos priežiūros specialistų ir mokytojų vaidmenų pokyčiai įgyvendinant sveikatos ugdymą nepriklausomos Lietuvos mokykloje

Mediko veiklos mokykloje tęstinumo ir kaitos aspektai. Sovietinė sveikatos apsauga, nepaisant lozungų apie profilaktinę jos kryptį, buvo gydomojo pobūdžio. Profilaktinė sveikatos priežiūros grandis nesugebėjo spręsti visuomenės sveikatos stiprinimo problemų ir netenkino jos poreikių. Bloga demografinė padėtis, infekcinių ligų protrūkiai, nepakankamas medicinos paslaugų integravimas ir koordinavimas, nedidelis sanitarinio švietimo bei ligų profilaktikos vaidmuo, menkas ryšys su visuomene ir nepakankamas bendruomenės įtraukimas į pirminės sveikatos priežiūros organizavimą kėlė visuomenės nepasitenkinimą esama sveikatos priežiūros būkle (Stašys, 2001; Janušonis, 1990). Sveikata, kaip vertybė, buvo nuvertinta, formavosi visiškas visuomenės (tėvų, pedagogų ir pačių vaikų) abejingumas savo sveikatai. Ryškėjo mokinių sveikatos blogėjimo tendencija ir neracionali mokyklos gydytojo veikla, dubliuojanti bendruomenės (apylinkės) ir sanitarijos bei epidemiologijos gydytojų, mokykloje ar bendruomenėje dirbančių medicinos seserų, medicinos felčerių (dabar slaugos specialistų) funkcijas. Ikimokyklinių įstaigų auklėtinių ir bendrojo lavinimo mokyklų mokinių sveikatos apsaugos koncepcijos projekte (1989) fiksuojamas būtinumas pertvarkyti mokinių sveikatos apsaugą, paskiriant vaikų medicinos priežiūrą vienam gydytojui (šeimos gydytojui), sustiprinant sanitarijos ir epidemiologijos tarnybų veiklą bei mokinių higieninį mokymą ir auklėjimą mokyklose, o sistemingą mokinių sveikatos priežiūrą mokyklose perduoti medicinos seserims (slaugos specialistams), įgijusioms atitinkamą kompetenciją (Petkevičius, 1997, Vainauskienė, 1989). Galima teigti, kad mokyklos mediko vaidmuo nebuvo menkinamas, o priešingai, buvo siekiama jį išlaikyti orientuojant į mokinių sveikatos stiprinimo, apimančių sveikatos ugdymą, poreikių tenkinimą.

Siekdama pertvarkyti sveikatos priežiūros sistemą, atsižvelgiant į PSO rekomendacijas, Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba pa-

tvirtino Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją (1991). Joje nurodoma pagrindinė sveikatos sistemos vystymo strateginė kryptis – sveikatos išsaugojimo, jos stiprinimo ir ligų profilaktikos prioritetas. Konstatuota, kad norint pasiekti teigiamų Lietuvos gyventojų sveikatos būklės pokyčių, būtina visų pirma sudaryti sąlygas sveikai gyvensenai ir aplinkos saugai, daugiau dėmesio skirti sveikatos ugdymui bei ligų profilaktikai, vystyti tarpsektorinį – tarpžinybinį bendradarbiavimą, siekiant sveikatingumo tikslų. Nors buvo skelbiama, kad svarbiausia praktinės sveikatos apsaugos užduotis – pirminės grandies sveikatos apsaugos vystymas, tačiau iki 1997 m. kūrėsi tik pavieniai sveikatos priežiūros centrai, buvo nutrauktas medicinos punktų bendrojo ugdymo įstaigose finansavimas (Jurgutis, 2002; Černiauskas ir kt., 2000).

Teisės aktuose savivaldybės medicinos punktams skiriamas dėmesys ir šis smulkus sveikatos paslaugų teikimo padalinys įvardijamas Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme (1996). Medicinos normoje (1996) fiksuojama, kad medicinos punktai, steigiami mokyklose, yra pirminės sveikatos priežiūros profilaktikos ir slaugos įstaiga, kurioje dirba slaugos specialistas (bendrosios praktikos slaugytojas, vaikų slaugytojas arba bendruomenės slaugos specializaciją įgijęs slaugytojas). Tačiau per pirmąją Lietuvos nepriklausomybės dešimtmetį bendrojo ugdymo mokyklose išnyko ne tik mokyklos gydytojo institucija, bet dėl lėšų stokos buvo uždaromi medicinos punktai, o mokyklose „išsaugotų“ medicinos seserų – slaugos specialistų vaidmuo, veiklos kompetencijos erdvė ir jų teikiamų paslaugų tikslas tapo neapibrėžtas bei skatinantis kelti tokius klausimus: Ar mokyklų slaugos specialistai teikia pagalbą mokiniams nelaimės, traumų atveju? Ar slaugos specialistai turi įgyvendinti pirminę mokinių asmens sveikatos priežiūrą? Jei taip, tai koks šios pirminės sveikatos priežiūros srities įgyvendinimo turinys mokykloje? Ar slaugos specialistas čia yra aktyvus veikėjas, įgyvendinantis asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą, integruojančią edukacines (orientuotas į sveikatos stiprinimo ir ugdymo procesus mokyklos bendruomenėje) veiklas?

1993 m. Lietuvai įsiliejus į Europos Tarybos (ET), Europos Bendrijos Komisijos (EBK) bei Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono biuro (PSO \ EURO) koordinuojamą Tarptautinį sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą, 12 šalių bendrojo lavinimo mokyklų pradėta įgyvendinti

sveikos gyvensenos įtvirtinimo ugdymo institucijose programą. Tarptautinio sveikatą stiprinančių mokyklų projekto įgyvendinimas rėmėsi socialiniu sveikatos modeliu, kuris pabrėžia mokyklos darbo organizavimą ir sutelktą dėmesį individui. Projekto įgyvendintojai siekė sukurti palankią socialinę aplinką, nuo kurios priklauso visų dirbančių ir besimokančių mokykloje asmenų suvokimas, požiūris, veikla, jų tarpusavio santykiai, formuojami sveikos gyvensenos įgūdžiai. Sveikatą stiprinančios mokyklos projekto metu aktyvinamas medikų dalyvavimas ir inicijuojamas bendradarbiavimas tarp sveikatos ir švietimo sistemų bei specialistų, ugdant ir įtvirtinant sveiką gyvenseną, integruojant sveikatos stiprinimo modulius, taip pat organizuojant seminarus mokyklos vadovams, pedagogams, medikams, vaikų higienos specialistams (Kriauza, 2000; Jociutė, 1999; Petkevičius, 1997).

Sveikatos apsaugos ministro patvirtintos „Visuomenės sveikatos ugdymo ir mokymo prioritetinės (strateginės) kryptys 1999–2002 m.“ išskėlė tikslą iki 2003 m. įgyvendinti integruotą ikimokyklinio ir mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos ugdymo sistemą, siekiant, kad sveikatos ugdymas taptų privaloma švietimo programų dalimi vaikų ir jaunimo ugdymo įstaigose. Tačiau ar mokinių sveikatos ugdymo procese dalyvauja mokykloje dirbantis sveikatos priežiūros specialistas?

Pastarąjį dešimtmetį Lietuvos mokyklose sveikatos ugdymas vykdomas remiantis A. Davidavičienės (2000; 1992) parengta „Sveikatos ugdymo programa“, kurios sandaroje įvardijamos formalioji ir neformalioji sveikatos ugdymo programos. V. Gudžinskienė ir J. Česnavičienė (2002) analizavo sveikatos ugdymą bendrojoje ugdymo sistemoje, kurioje pabrėžė mokytojų vaidmenį įgyvendinant formalią sveikatos ugdymo programą, integruojant sveikatos ugdymą į mokomuosius dalykus. Tai žinios, įgūdžiai, vertybės, nuostatos, kurias mokiniai gauna per pamokas sveikatos ir sveikos gyvensenos, ligų prevencijos, pirmosios medicininės pagalbos aspektais. Neformaliai sveikatos ugdymo programai, kuri apima savitarpio santykius mokykloje, fizinę mokyklos aplinką, palankias mokymosi sąlygas, įgyvendinti svarbus ir mokyklos medicinos personalas. Nors pripažįstamas mokyklos mediko vaidmens poreikis, tačiau R. Jamžirskienė (1997) nurodė, kad daugelį metų egzistavo mediko reikalingumo mokykloje problema, susijusi su jo teikiamų paslaugų finansavimo tvarkos regla-

mento stoka. Ši tvarka nustatoma tik 2004 m. atskiru Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu.

Lietuvos sveikatos apsaugos ministras bei švietimo ir mokslo ministras dar 2000 m. patvirtino vaikų ir mokinių sveikatos apsaugos strategines gaires. Siekta išplėtoti Nacionalinį sveikatą stiprinančių vaikų ugdymo institucijų tinklą, bendradarbiavimo struktūras, nustatyti aiškų vaidmenų paskirstymą tarp žinybų ir pedagogų bei sveikatos priežiūros specialistų. Dokumente nurodyta, kad mokyklos medikui – slaugos specialistui patikimas kokybiškai naujas vaidmuo, o jo teikiamos paslaugos grindžiamos pirminės asmens sveikatos priežiūros (holistine) filosofija ir skiriamos sveikatai stiprinti, o ne ligoms gydyti. Nurodomos pagrindinės mokyklos mediko veiklos sritys: kompleksinių sveikatingumo programų bei veiklos planų rengimo inicijavimas; profesionalios metodinės bei konsultacinės pagalbos pedagogams, vaikams ir jų tėvams bei kitiems asmenims, susijusiems su sveikatos ugdymu ir stiprinimu, teikimas; vaikų ir mokinių sveikatos rodiklių stebėjimas ir jų analizė; pirminės ligų profilaktikos, susijusios su ankstyvu ligų rizikos veiksnių išaiškinimu, vykdymas. Minėtos veiklos apima ne tik specifinę mokinių asmens sveikatos priežiūrą, bet ir sveikatos stiprinimo bei ugdymo procesus mokyklos bendruomenėje, kurie ir nubrėžia slaugos praktikos perspektyvą mokyklos bendruomenėje.

Esminis šiuolaikinio mokyklos mediko praktikos ypatumas atskleidinamas per asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros, slaugos sampratų įtvirtinimą mokyklos bendruomenėje (žr. 11 lentelę).

11 lentelė. Tradicinis ir šiuolaikinis požiūris į mokyklos slaugos specialisto vaidmenį

Slaugytojo vaidmens charakteristikos	Tradicionis požiūris	Šiuolaikinis požiūris
Sveikatos samprata	Sveikata yra organizmo būklė be psichinių ir fiziologinių funkcinių sutrikimų, kurie gali būti nustatyti objektyviais moksliniais metodais.	Sveikata – asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė ²² .
Dėmesio centras	Mokinių susirgimai.	Mokinių sveikata ²³ .

²² Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231.

²³ Bendruomenės slaugytoja (slaugytojas). Funkcijos, teisės, kompetencija ir atsakomybė. *Valstybės žinios*. 1998, 91-1791.

11 lentelės tęsinys

Slaugytojo vaidmens charakteristikos	Tradicinis požiūris	Šiuolaikinis požiūris
Slaugytojo praktikos orientacija	Pagalba ir asistavimas mokyklos gydytojui, nurodymų vykdymas.	Darbas multiprofesinėse komandose; savarankiškas slaugos įgyvendinimas ^{24*} .
Pagrindinės funkcijos	Profilaktinės medicinos uždavinių vykdymas: <ul style="list-style-type: none"> • pagalba gydytojui organizuojant mokinių, dispanserizuotų dėl lėtinių ligų, medicininės apžiūras; • profilaktinių skiepijų vykdymas; • pagalba gydytojų priėmimuose; • dalyvavimas, organizuojant sanitarinį švietimą; • mokyklos higienos kontrolė; • mokytojų, mokinių, jų tėvų konsultavimas. 	Mokinių sveikatos stiprinimas ir ugdymas: <ul style="list-style-type: none"> • sveikatos mokymo poreikio analizavimas ir sveikatos ugdymas; • sveikos gyvensenos skatinimas; • ligų prevencija; • mokinio elgesio, sveikatos fizinės, psichinės ir socialinės būklės stebėjimas; • skubios pagalbos teikimas; • bendradarbiavimas su asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros bei socialinės apsaugos specialistais, mokyklos bendruomene (žr. 17 išnašą) ²⁵.
Atsakomybė	Laiku atlikti nurodytas užduotis, orientuotas į mokinių susirgimų nustatymą ir ligų profilaktiką.	Įgyvendinti priemonės, nuo kurių priklauso mokinių sveikata ²⁶ .

Slaugos veiklos objektas yra sveikata, apimanti fizinį, socialinį, psichinį, dvasinį aspektus, multidisciplininį požiūrį, kai mokyklos medikas praktikoje pritaiko vadybos, psichosocialinę, edukacinę, tyrimų ir socialinių santykių vystymo sritis. Tai leidžia pagrįstai pabrėžti, kad slaugos specialisto dėmesys turėtų būti telkiamas į mokinio(-ių) sveikatą, kai mokinys yra kolegiškos, etiškos, pagrįstos komandinio darbo principu, veiklos centras.

²⁴ Lietuvos Respublikos slaugos praktikos įstatymas *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 62-2224.
***Slauga** – asmens sveikatos priežiūros dalis, apimanti sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą.

²⁵ Dėl vaikų ir moksleivių sveikatos apsaugos politikos strateginių gairių. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 27–738.

²⁶ Savivaldybės medicinos punktas. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 31:780–781.

Tradiciniu požiūriu mokyklos bendruomenės slaugos specialisto veikla yra priklausoma ir tenkinanti medicinos praktikos poreikius, kai gydymo veiklos objektas yra mokinio(-ių) susirgimai, o slaugytojo pareiga būti gydytojo asistentu ir vykdyti jo nurodymus, organizuojant profilaktinius patikrinimus, imunizaciją ar mokyklos higienos kontrolę.

Šiuolaikiniu požiūriu slaugos specialistas lygiavertiškai dirba multi-profesinėje komandoje, atlikdamas kompleksinius vaidmenis ir įnešdamas savo indėlį ugdant mokinių sveikatą. Šiuolaikinio slaugos specialisto veiklą mokykloje reglamentuoja Lietuvos Respublikos teisės aktais medicinos normos (Slaugos praktikos įstatymas, 2001; Vaikų ir moksleivių sveikatos apsaugos politikos strateginės gairės, 2000; Bendruomenės slaugytojo medicinos norma, 1998; Savivaldybės medicinos punktas, 1996). PSO dokumentai (WHO, 1996) pabrėžia slaugos specialistų vaidmenį gyvenimo būdo ligų prevencijos srityje, sutelkiant dėmesį į tokias mokinių gyvenimo aktualijas kaip: mityba, nutukimas, fizinis aktyvumas, alkoholio, narkotikų vartojimas ir rūkymas. Tačiau mokslinėje literatūroje duomenų, straipsnių apie Lietuvos mokyklų bendruomenėse praktikuojančių medikų (pastarąjį dešimtmetį – tai bendruomenės slaugytojai) vaidmens ypatumus nėra daug. A. Jociutės (1999) tyrimų, įvertinančių sveikatą stiprinančių mokyklų veiklos veiksmingumą, rezultatai parodė, kad jaunesnio amžiaus mokiniams žinių apie sveikatą ir gyvenimą šaltinis buvo medicinos darbuotojai, o mokytojai nurodė, jog mokykloje dirbančių medicinos darbuotojų parama, dirbant sveikatingumo darbą, yra gana dažna. Konstatuotos edukacinės mediko veiklos mokykloje: žinių apie sveikatą ir gyvenimą mokiniams teikimas, parama bei dalyvavimas sveikatingumo veikloje. A. Zaborskis ir L. Šumskas (2000) teigė, kad sveikatos ugdymas yra vienas svarbiausių mokyklos slaugos specialisto darbo krypčių, kuriam jis turėtų skatinti mokinius įgyti sveikos gyvenimo įgūdžių ir įpročių (asmeninės higienos, bendravimo su aplinkiniais, racionalių mitybos, ydingų įpročių vengimo, fizinio aktyvumo, saugaus elgesio, mokėjimo išgyventi stresines situacijas). Tad kaip įgyvendinamas slaugos specialisto, kaip sveikatos ugdymo, vaidmuo mokykloje?

A. Zaborskis ir L. Šumskas (2000) teigė, kad slaugos specialistas turi būti pasiryžęs nuolat daryti mokiniams auklėjamąjį poveikį, rodant teigiamus sveikatos aspektus ir naudą. Jam svarbu kaupti mokomąją medžiagą

ir kūrybiškai panaudoti propaguojant sveikatą. R. Jamžirskienė (1997) pažymėjo slaugos specialisto, kaip organizatoriaus, vaidmenį, rengiant mokinių ir jų tėvų, pedagogų susitikimus su socialiniais darbuotojais, AIDS centro ar narkomanų socialinės reabilitacijos bendruomenės darbuotojais, siekiant analizuoti žalingų įpročių prevencijos klausimus. Autorė nurodė, jog pokalbiai surengti ir testai pateikti buvo mažoms mokinių grupėms, kad jie gebėtų geriau susikaupti, išklausti ir dalyvauti diskusijose. Šiame kontekste slaugytojas matomas kaip neformalaus papildomo sveikatos ugdymo renginių mokyklos bendruomenėje organizatorius. Slaugytojo veikla mokykloje vertintina kaip neapsiribojanti formaliomis pavienėmis pamokomis apie specifines mokinių ligas ar pirmąją medicinos pagalbą, o atkreipiamas dėmesys į mokinių sveikatos ugdymą, įtraukiant bendruomenės narius į papildomo ugdymo renginius.

S. Starkuvienės ir A. Zaborskio (2003) mokinių nelaimingų atsitikimų tyrimų duomenys atskleidė, kad paaugliai, patyrę traumas namuose ir mokykloje, kreipėsi pagalbos į slaugytoją. Tai patvirtina slaugos specialisto, kaip sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo, vaidmens poreikį mokykloje, suteikiant ar organizuojant medicininę pagalbą mokiniams nelaimingų atsitikimų ar traumų atvejais.

A. Zaborskis ir L. Šumskas (2000) nurodė slaugytojo konsultanto veiklas, orientuotas į mokinius, tėvus ir pedagogus, konsultuojant, patariant ir bendradarbiaujant psichologinių ir socialinių problemų, darančių neigiamą poveikį mokinio sveikatai, sprendimo klausimais.

G. Šurkienės, A. Jociutės ir I. Chmieliauskaitės (2003) tyrimo anketos klausimuose apie bendruomenės slaugytojų praktinius įgūdžius detalizuojamos šios bendruomenės slaugytojų veiklos mokykloje: pirmoji medicinos pagalba; profilaktiniai sveikatos tikrinimai; sveikatos rizikos veiksniai; imunoprofilaktika; dokumentacijos tvarkymas; mityba; kūno kultūros pamokų organizavimas; protinio darbo higiena; dienos režimas; infekcinės ligos ir jų profilaktika; programinis planavimas; sveikatingumo veiklos stebėjimas. Įdomu tai, kad tyrėjos ugdymo funkcijų (konsultavimo, mokymo) slaugytojo praktikoje neįvardijo, o įvedė „talkinimo“ funkciją, vertintiną kaip pagalbą mokytojams, organizuojant sveikatos ugdymo priemones mokykloje šiomis temomis: bendra sveikatos samprata; alkoholio vartojimo, AIDS prevencija; asmenybės ugdymas; asmens higiena;

fizinis aktyvumas; gyvenimo sąlygos; lytiškumo ugdymas; mokymosi sąlygos; narkotikų vartojimo prevencija; nelaimingų atsitikimų prevencija; onkologinės ligos; racionali mityba ir saugus maistas; rūkymas; stresas ir jo įvertinimas; šeimos planavimas; tarpusavio santykiai ir savigarba; užkrečiamos ligos. Teigtina, kad mokyklos slaugos specialistui skiriama atlikti ne lygiavertį, o priklausomą, tradicinį, tačiau jau ne gydytojų, bet pedagogų padėjėjo vaidmenį ugdant mokinių sveikatą.

Slaugos ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistai mokykloje: veiklų panašumai ir atskirtys. Lietuvos Respublikos Vyriausybės (2004) nutarimu nustatoma mokinių sveikatos priežiūros mokyklose finansavimo tvarka, o sveikatos apsaugos ministro įsakymu (2004) įkuriama visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdysiančio mokinių sveikatos priežiūrą nuo 2009 m. sausio 1 d., tarnyba, kurios pagrindinis tikslas ir veikla dubliuoja aukščiau išvardytas mokyklos slaugos specialisto veiklos sritis. Kyla probleminiai klausimai: kuo skiriasi mokyklos medikų, t. y. slaugos ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, funkcijos? Kokia specifiška ir kokiomis analogijomis pasižymi slaugos ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistų kompetencijos? Kokiais kriterijais remiamasi, vertinant mokyklos mediko veiklos veiksmingumą?

Visuomenės sveikatos priežiūros specialisto mokykloje vaidmenys nustatomi vadovaujantis jo veiklos aprašu (2004): jo, kaip konsultanto, vaidmuo orientuotas į mokytojus, mokinius ir jų tėvus (globėjus), konsultuojant juos poilsio režimo sveikatai palaikyti, kūno kultūros ir fizinio auklėjimo, fizinio, psichologinio, seksualinio smurto prevencijos klausimais. Šio specialisto, kaip ugdytojo, vaidmenį charakterizuoja skiriamos veiklos: higienos ir sveikos gyvensenos, mitybos įgūdžių ir socialinių gebėjimų ugdymas, dalyvavimas įgyvendinant sveikatos ugdymo priemones, integruotas į tam tikrų mokymo dalykų programas. Kontrolieriaus ir priežiūrėtojo vaidmenį apibūdina šios veiklos: asmens higienos įgūdžių, užkrečiamųjų ligų kontrolė, mokinių maitinimo, mokymo proceso organizavimo ir mokyklos sporto varžybų, sveikatos priežiūros įstaigų specialistų rekomendacijų mokiniams įgyvendinimo priežiūra. Eksperto vaidmuo įgyvendinamas šiomis veiklomis: mokymo planų ir mokinių ugdymo krūvio įvertinimas, neinfekcinių ligų bendrųjų rizikos veiksmų

nustatymas (alkoholio, tabako, narkotikų vartojimo), mokinių sveikatos ir sergamumo rodiklių analizavimas. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas, kaip organizatorius, įpareigojamas rengti mokinių, jų šeimų susitikimus su vaikų ligų gydytojais, dalyvauti sprendžiant mokinių psichologines, adaptacijos ir socialines problemas, bendradarbiauti su asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros, psichologinės bei socialinės pagalbos įstaigomis, savivaldybės vaiko teisių apsaugos tarnyba, teikti pasiūlymus mokyklos administracijai, savivaldybei, kitoms įstaigoms ar institucijoms sveikatos priežiūros mokykloje organizavimo tobulinimo klausimais ir rengti ataskaitas bei planus. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistui nurodyta teikti pirmąją medicinos pagalbą, t. y. teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Tyrimų duomenų (Šurkienė, Jociūtė, Chmieliauskaitė, 2003; Starkuvienė, Zaborskis, 2003; Zaborskis ir Šumskas, 2000), dokumentų (Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdyšančio mokinių sveikatos priežiūrą, kompetencijos, 2004; Slaugos praktikos įstatymas, 2001; Bendruomenės slaugytojo medicinos norma, 1998; Dėl vaikų ir moksleivių sveikatos apsaugos politikos strateginių gairių, 2000), veiklos publikacijų (Jamžirskienė, 1997; Jociūtė, Zaborskis, 2000) analizė išryškino slaugos ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistų mokykloje veiklų dubliavimąsi ugdant mokinių sveikatą ir teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Slaugos specialisto, kaip sveikatos ugdytojo ir organizatoriaus, indėlis nustatytas įgyvendinant neformalaus papildomo sveikatos ugdymo veiklas, o visuomenės sveikatos priežiūros specialistui mokykloje nurodyta įgyvendinti sveikatos ugdymo priemonės ir padėti mokytojams integruoti sveikatos ugdymą į tam tikrų dalykų mokymo programas. Visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, kaip konsultanto, veiklos turinys apima ne tik įprastas tradicines slaugos specialisto veiklas mokykloje, tokias kaip: poilsio režimo, kūno kultūros ir mokinių fizinio auklėjimo, bet ir šiandien aktualius vaikų fizinio, psichologinio, seksualinio smurto prevencijos klausimus. Organizatoriaus vaidmuo visuomenės sveikatos priežiūros specialistą mokykloje įpareigoja rūpintis psichologinėmis, adaptacinėmis ir socialinėmis mokinių problemomis, kurių sprendimas reikalauja sutelkto multiprofesinio bendradarbiavimo, tačiau tai nėra praktiškai išbandytos minėto specialisto veiklos sritys, o daugelį metų

egzistuoja slaugos specialisto, kaip konsultanto, organizatoriaus ir globėjo praktikoje. Mokyklos higienos kontrolė ir mokymo proceso organizavimo priežiūra yra būdingos veiklos, charakterizuojančios tradicinį medicinos ir (ar) higienos gydytojo lyderio vaidmenį mokykloje. A. Jamžirskienė (1997) apibūdino slaugos specialisto veiklas mokykloje ir teigė, kad mokyklos higienos priežiūra nėra tik slaugos specialisto atsakomybės reikalas, o vykdoma bendradarbiaujant su pedagogais, kartu siekiant palankių mokiniams mokymosi sąlygų, mokyklos aplinkos pokyčių, asmens higienos įgūdžių formavimo.

Netikėta tai, kad tradicinės mokyklos slaugos specialisto funkcijos (pvz., mokyklos sporto varžybų priežiūra, asmens sveikatos priežiūros įstaigų specialistų rekomendacijų mokiniams įgyvendinimo priežiūra, pirmoji medicinos pagalba) perkeliamos į visuomenės sveikatos priežiūros specialisto veiklos erdvę. Kinta visuomenės sveikatos priežiūros specialisto veiklos turinys ir objektas. Tradiciniu požiūriu sanitarijos ir epidemiologijos gydytojo (dabar visuomenės sveikatos priežiūros specialistas) veiklos objektas – infekcinių susirgimų kontrolė, metodinės pagalbos mokyklos medikams (slaugos specialistams ar gydytojams) bei pedagogams teikimas mokyklinės higienos ir (ar) higienos mokymo bei auklėjimo klausimais. Šiuolaikinės visuomenės sveikatos sampratos kontekste visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio mokinių sveikatos priežiūrą, ir bendruomenės slaugos specialisto mokykloje veiklos, nepaisant pastebėtų skirtumų, yra panašios, orientuotos į sveikos mokyklos bendruomenės formavimą, numatant priemones įvairaus amžiaus mokinių sveikatos problemas keliančiai aplinkai, elgesiui ir polinkiams keisti, apima pirminės asmens sveikatos priežiūros elementus. Reikšminga konstatuoti, kad slaugos specialistai turi per šimtmetį formuotą darbo kartu su gydytojais (šeimos gydytojais), vaikais, šeimomis, mokyklų jaunuomene patirtį, kurią aktualu plėtoti ir toliau.

Valstybinis aplinkos sveikatos centras (2004) pateikė duomenis apie šalies mokyklose dirbančius sveikatos priežiūros specialistus, kai dauguma jų slaugos specialistai (668 slaugytojai) (Prieiga per internetą: <<http://vasc.sam.lt>> 2005 07 07) (žr. 12 lentelę).

12 lentelė. Mokinių sveikatos priežiūros specialistų mokyklose regioninis pasiskirstymas (2004)

Apskritis	Iš viso specialistų	Specialistų pasiskirstymas pagal užimamą etatą				Specialistų išsilavinimas (specialybė)		Kita
		1 ir daugiau	0,5–1	iki 0,5	pagal priedą	visuomenės sveikatos	slaugos	
Alytaus	56	9	22	6	19	2	54	–
Kauno	68	66	37	13	21	8	114	15
Klaipėdos	88	49	25	14	–	4	84	1
Marijampolės	43	9	16	6	12	2	41	–
Panevėžio	35	11	11	13	–	–	35	–
Utenos	74	19	10	8	37	–	74	–
Tauragės	43	9	14	17	3	–	43	–
Telšių	68	20	14	4	30	–	68	–
Šiaulių	128	41	28	17	42	–	117	11
Vilniaus	38	11	11	7	10	1	38	
Iš viso:	711	244	188	105	174	17	668	27

Pateikti duomenys rodo, kad didesnė dalis medikų mokykloje dirbo ne viso etato krūviu. Kai kuriose savivaldybėse (pvz., Jonavos) mokyklos mediko veiklą koordinuoja pedagoginė psichologinė tarnyba, kitose mokyklose medikas pavaldus ugdymo institucijos direktoriui, kitur – pirminės sveikatos priežiūros įstaigos vadovui. Nepaisant skirtingo pavaldumo, mokyklos sveikatos priežiūros tarnyba yra pirminės asmens sveikatos priežiūros grandis, todėl jos pagrindiniai uždaviniai yra mokinių sveikatos stiprinimas ir ugdymas, kuriuos įgyvendinant svarbiausias vaidmuo skiriamas slaugos specialistui (Jociūtė, Zaborskis, 2000).

Tačiau Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas (2004) „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, kuris vykdys mokinių sveikatos priežiūrą, kompetencijos“ nurodo, kad iki 2009 m. sausio 1 d. mokinių sveikatos priežiūrą gali vykdyti sveikatos priežiūros specialistai, papildomai baigę 40 val. visuomenės sveikatos priežiūros kursus, o nuo 2009 m. sausio 1 d. – tik visuomenės sveikatos priežiūros specialistas. Remiantis dokumentu galima teigti, kad visuomenės sveikatos priežiū-

ros specialistas per penkerius metus perims mokyklos slaugos specialisto veiklos sritis. Šiuolaikiniam visuomenės sveikatos priežiūros specialistui skirta įgyvendinti pirminę visuomenės sveikatos priežiūrą, o ir slaugos specialistui – pirminę asmens sveikatos priežiūrą mokykloje. Kyla prieštaringas klausimas: kodėl mokyklos sveikatos priežiūros tarnyba, vertinama kaip pirminė asmens sveikatos priežiūros grandis ir tradiciškai atstovaujama bendruomenės slaugos specialisto, integruojančio slaugos / asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros veiklas, perduodama visuomenės sveikatos priežiūros specialistui?

Nerasta dokumentų ar tyrimų duomenų, įrodančių vieno sveikatos priežiūros specialisto (slaugytojo) pakeitimo kitu (visuomenės sveikatos priežiūros specialistu) vaikų ir jaunimo ugdymo institucijose veiksmingumo pagrindimo. Priešingai, sprendimas prieštarauja Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (1994) vienam iš tikslų, nurodančių asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros integravimą į vieną sistemą. Visuomenės sveikatos priežiūra, sveikatos mokymas / ugdymas yra esminiai pirminės sveikatos priežiūros dėmenys (Pirminės sveikatos priežiūros reformos įgyvendinimo strategija, 1995). Manytina, kad vienas būdingiausių integracijos raiškos pavyzdžių – slaugos specialistų vaidmens mokyklų bendruomenėse įgyvendinimas ir stiprinimas. Tačiau slaugos praktikos išstūmimo iš mokyklų inspiracija byloja apie tradicinio požiūrio apraiškas, kuriomis vadovaujasi sveikatos priežiūros politikai ir strategai, priimdami nenuoseklius sprendimus. Toks sveikatos politikų priimtas sprendimas atspindi tradicinį „rigidišką“ požiūrį į slaugos specialistus, t. y. žemą slaugytojų statusą visuomenėje, slaugytojų aktyvios pozicijos ir indėlio stoką, atstovaujant savo veiklos sričiai bei pozicijoms vaikų ir jaunimo ugdymo institucijose.

Sveikatos ugdymo mokykloje įgyvendinimo sritys: mokytojų vaidmuo. Mokslininkai (Petrauskienė, Zaborskis, 2000; Adaškevičienė, 1999; Jankauskas 1999; Davidavičienė 1996; Zaborskis, 1997) pabrėžia, kad pagrindinės sveikatos ugdymo pastangos turi būti nukreiptos į vaikus, nes jų požiūris į sveikatą veikiančius dalykus (pvz., fizinį aktyvumą, mitybą, rūkymą, streso valdymą ir kt.), svarbius vyresniame amžiuje, formuojasi gana anksti. Nuo gimimo vaiko sveikatos ugdymu turi rūpintis šeima, o vaikui

perėjus į ugdymo įstaigos (darželio, mokyklos) socialinę aplinką, dalį atsakomybės už jo sveikatos ugdymą dabar ir ateityje turi prisiimti tos institucijos darbuotojai. Vaikystė yra ypač svarbi vaiko požiūrio į save ir aplinką, įpročių formavimosi ir socializacijos pakopa, joje susiformuoja žmogaus gyvenimo pagrindai. Vėliau reikia didelių pastangų, norint juos keisti.

Mokinių sveikatos ugdymas yra moksliskai pagrįstas pedagoginis procesas, kurio metu ugdytojas veikia ugdytinį, remdamasis sveikatos vertybėmis, suteikia žinių apie sveikatos saugojimą ir stiprinimą, ugdo sveikos gyvenimo įgūdžius (Jociūtė, Zaborskis, 2000; Žydzūnaitė, Gudelių-Gudelevičienė, 2000; Adaškevičienė, 1999). Tuo remiasi ir G. Davidavičienės parengta „Sveikatos ugdymo programa“ (2000), skirta bendrojo ugdymo mokyklai. Programos tikslas – diegti holistinį sveikatos supratimą, teikiant mokiniams žinias ir formuojant įgūdžius, padedančius stiprinti sveikatą. Holistinė sveikatos samprata apima daugumą žmogaus gyvenimo sričių, todėl sveikatos ugdymą sudaro skirtingi dėmenys. A. Petrauskienė ir A. Zaborskis (2000) nurodo pagrindines sveikatos ugdymo sritis:

- *rūpinimasis savimi* (kūno priežiūra, mankšta, poilsis, sveika mityba, savisauga, žalingų įpročių atsisakymas ir kt.);
- *tarpusavio santykiai* (savęs pažinimas, bendravimo kultūra ir kt.);
- *visuomenė ir aplinka* (aplinkos priežiūra, socialiniai įgūdžiai ir kt.) (žr. 2 pav).



2 pav. **Pagrindinės sveikatos ugdymo sritys**
(remtasi Petrauskienės, Zaborskio, (2000) koncepcija)

J. Vaitkevičius (1994) asmens rūpinimąsi savimi sieja su aplinkos (gamtos, žmonių) ir savęs toje aplinkoje pažinimu. Svarbu suprasti savo vidinį pasaulį – mintis, siekius, suprasti ir valdyti save ir keisti aplinkoje, suvokti save kaip vientisą Aš fenomeną, sugebantį reflektuoti aplinką ir

išlaikyti subjektyvųjį Aš – individualybę su savąja sąmone ir savimone. Pažinti save reiškia ne vien pažinti kūną, gabumus, protą, bet ir jausmus, savo bei kito buitį ir būtį.

B. Flay (2002) įvardijo tokias visapusiškos jaunimo sveikatos ugdymo programos sritis: sociokultūrinė (požiūriai, vertybės, tikėjimas, pažinimas), tarpasmeninių santykių (socialiniai ryšiai, socialinio spaudimo ir normų suvokimas), asmenybės (socialiniai įgūdžiai, pasitikėjimas savimi, ryžtingumas).

Formalioji sveikatos ugdymo mokykloje programa apima žinias, įgūdžius, vertybes, nuostatas, kurias mokiniai priima per pamokas. Sveikatos ugdymas grindžiamas „spiralės“ principu: mokinys per visą mokymosi mokykloje laiką gali plėsti ir gilinti savo žinias, formuoti vertybių sistemą ir suvokti sveikatos problemas. Lietuvos bendrojo ugdymo mokyklos koncepcija pabrėžia ugdymo turinio diferencijavimo ir integravimo principus, todėl sveikatos ugdymui sudaromos galimybės integruotis į mokomuosius dalykus (tarpdalykinė integracija) (Gudžinskienė, Česnavičienė, 2002). B. Flay (2002) teigimu, vaikų ir jaunimo sveikatos ugdymo programai turėtų būti būdingas kartojimas, tęstinumas, pereinamumas į aukštesnį lygmenį, pastiprinant ankstesnes mokinio žinias, įvertinant mokinių amžiaus grupių ypatumus.

Neformalioji sveikatos ugdymo programa – savitarpio santykiai mokykloje, fizinė mokyklos aplinka, palankios mokymosi sąlygos, asmeninis mokytojų ir kito mokyklos personalo pavyzdys, mokyklos sveikatos priežiūros tarnyba. Svarbus mokyklos santykių su mokinių tėvais ir bendruomenės visuomeninėmis organizacijomis, savivaldybe plėtojimas. Pripažįstama, kad sveikatos ugdymas neturėtų apsiriboti mokyklos aplinka ar klase ir įtraukti ne tik mokytojus, bet ir kitą mokyklos personalą, tėvus, mokyklos lyderius, bendruomenės narius, būtų vystomas veiklos proceso etapų vertinimas ir tolesnis programos įgyvendinimo numatymas (Proškovienė 2004; Gudžinskienė, Česnavičienė, 2002; Flay, 2002).

Sveikatos ugdymas apima ligų profilaktiką ir žalingų įpročių (pvz., rūkymo, alkoholio ar svaiginančių medžiagų vartojimo, fizinės veiklos, dietos ir mitybos, burnos higienos, saugos priemonių naudojimo, eismo taisyklių laikymosi įpročių) prevenciją, suprantant, kad edukacinio poveikio vaikui pasekmė sveikatai gali būti fiksuojama vėlesniame žmogaus gyvenimo tarpsnyje (Hammond, 2002).

Mokyklose pabrėžiama pirminė prevencija, vykdoma ugdymo priemonėmis, kurios formuoja mokinių atsparumą neigiamiems gyvenimo reiškiniams dar prieš susiduriant su jais (Proškovienė ir kt., 2004; Davidavičienė, 1996). Ugdomasis poveikis jauno žmogaus sveikatai pirmiausia yra psichosocialinis, o ne fiziologinis. Psichosocialiniai veiksniai apima socializacijos elementus: nuostatas ir požiūrį į sveikatą bei sveiką elgseną; socialinių kontaktų plėtojimą; skatinimą jausti asmeninę kontrolę, kritinį sąmoningumą, tendencingą galvojimą apie ateities rezultatus ir atitinkamą elgseną (Hammond, 2002).

Pastarąjį dešimtmetį sveikatos ugdymas bendrojo ugdymo mokyklose vykdomas įvairiai, mokytojams skiriant pagrindinį vaidmenį, nes būtent jie turi mokymo patirties, gali nuosekliai įtraukti reikiamas sveikatos temas į tam tikrų dėstomų dalykų (pvz., biologijos, fizinio lavinimo, etikos, technologijų) programas ir ugdyti socialinius bei asmeninius vaiko ir paauglio įgūdžius. Mokytojai laikomi vadovais, priimančiais sprendimus, kaip vykdyti sveikatos ugdymą (apimantį ir žalingų įpročių prevenciją) mokykloje: ar veikloje dalyvaus visa mokykla, visi mokytojai; ar sveikatos ugdymo bei prevencinė programa bus įtraukiama į vieną ar kelis mokomuosius dalykus; ar integruojama kaip atskira programų sudėtinė dalis; ar vykdoma per klasės valandėles; ar prevencinis darbas bus atliekamas dalyvaujant įvairiuose projektuose (Bulotaitės, 2004; 2002).

Atkreipiamas dėmesys į tai, kad sveikatos ugdymo ar prevencijos temos, įtrauktos į mokomuosius dalykus, gali kartotis. Tos pačios temos per dalykų pamokas gali sukelti paauglių nuobodulį ar pasipriešinimo reakcijas. Tyrimų duomenys parodė, kad pedagogai savo žinias apie sveikatą ir sveiką gyvenseną vertino tik patenkinamai, trūko žinių narkotikų vartojimo, lytiškumo ugdymo, ŽIV/AIDS prevencijos, rengimosi šeimai, protinės sveikatos ir streso klausimais (Proškovienė, 2004).

V. Gudžinskienė, J. Česnavičienė (2002) nurodė, kad technologijų mokytojai nors ir integruoja sveikos mitybos, asmens higienos, alkoholio vartojimo prevencijos, racionalaus laisvalaikio ir poilsio organizavimo, tarpusavio santykių ir bendravimo temas, tačiau mokinės norėtų gauti daugiau informacijos apie pasirengimą šeimai ir lytinį gyvenimą, ŽIV/AIDS prevenciją bei kaip įveikti stresą ir pasitikėti savimi.

R. Aškinytės, L. Bulotaitės, M. Černiauskienės (2002) įsitikinimu, narkotikų prevencijos projektų (programų) mokyklose veiksmingumą lemia prevencijos metodų įvairovė, pačių mokinių dalyvavimas tiek organizuojant (planuojant) programos struktūrą, tiek ją įgyvendinant. Projektai turėtų numatyti mokinių užimtumo problemų sprendimą, alternatyvių priemonių pasiūlą ir pasirinkimą.

B. Flay (2002) nurodė žalingų įpročių prevencijos mokyklose ribotumus, kai dauguma programų: 1) yra trumpalaikės, išbarstytos, nėra susijusios su elgsena ir rizika sveikatai; 2) ignoruoja kultūrinę aplinką ar socialinį kontekstą, kuriame mokinytis gyvena; 3) nėra plėtojamos nuo pradinį iki vyresnių klasių, susiejant su biologiniais, fiziologiniais, pažintiniais, socialiniais veiksniais kiekviename raidos tarpsnyje; 4) nepripažįsta traumos poveikio, kai trauminis stresas ir jo išgyvenimas asocijuojasi su alkoholio, narkotinių medžiagų vartojimu ar savižudybe.

Prevencija apsunkinama, kai mokykloje mokiniai gauna informacijos apie žalingus įpročius iš įvairių šaltinių, kaip antai iš kviečiamų į susitikimus specialistų, kurie neįtraukiami į darnią prevencinio poveikio sistemą. Mokytojai arba pakviesti specialistai organizuoja vienkartinį paskaitos pobūdžio užsiėmimą, neatsižvelgiant į mokinių turimas žinias ir patirtį, neturi tęstinumo. Mažos apimties, atskirų institucijų organizuojami projektai dažniausiai apsiriboja metodinių priemonių platinimu (Goštautas, Žardeckaitė-Matulaitienė, 2003).

G. Kvieskienė (2003), V. Kučinskas, R. Kučinskienė (2000), I. Lukoševičienė (1999) įvardijo vaidmenį socialinio pedagogo, kaip mokinių žalingų įpročių prevencijos vykdytojo, orientuoto į vaikus ir paauglius bei jų šeimas, patekusias į rizikos grupę. Socialinio pedagogo pareiga – pastebėti, išsiaiškinti ir ištirti išnaudojimo, skriaudos, rizikos faktus ir atrasti tinkamus problemas sprendimo būdus. Socialinis pedagogas apibūdinamas kaip vaiko socialinis asistentas, jo gerovės advokatas, pasirengęs vykdyti ankstyvosios prevencijos, pagalbos prevencijos ir socialinės reabilitacijos programas.

S. Dapkienė (2002), S. Ustilaitė (2001), V. Gudžinskienė (1998) pažymėjo esamas šeimos ir mokytojų bendradarbiavimo problemas:

- reti ir formalūs tėvų bei mokytojų susitikimai, kuriuose tėvų auklėjimas apsiriboja vaiko sveikatos ir mitybos klausimais;

- mažai pabrėžiamos rūpinimosi vaiko psichiniu ir dvasiniu vystymusi aktualijos.

Mokytojai nepakankamai įvertina tėvų pagalbą, dažniau apsiriboja individualiomis darbo su tėvais formomis, nors, siekiant bendradarbiavimo, svarbus šeimos ir mokyklos bendravimo kultūros tobulinimas, sąlygų kolektyviai ir kompleksiskai spręsti mokinių problemas sudarymas.

Apibendrinimas. Mokyklos gydytojo, kaip higienos mokytojo, vaidmuo sanitariniame švietime nepriklausomos Lietuvos laikotarpiu buvo pagrįstas konsultavimo ir mokymo funkcijomis. Būdinga tai, kad konsultavimas ir mokymas vyko mokyklos aplinkoje gydytojo apsilankymų metu, teikiant patarimus, informaciją, žinias mokiniams, mokytojams ir tėvams, medicinos, higienos, darbo ir amato pasirinkimo klausimais. Tačiau jo ugdymo veiklos problemišumą lėmė riboti sveikatos apsaugos ir švietimo institucijų tarpžinybiniai ryšiai, mokyklos gydytojo kompetencijos stoka, menkas šalies ekonominis pajėgumas, neleidžiantis išplėsti mokinių sveikatos priežiūros, apimančios sanitarinį švietimą, ir papildomo personalo išteklius.

Mokyklos gailestingosios sesers sąveika su vaikais, jų tėvais ir auklėtojais vertintina kaip turėjusi ugdomąjį poveikį, siekiant geresnės vaikų ir šeimos sveikatos. Nepriklausomos Lietuvos laikotarpiu mokyklos gailestingosios sesers edukacinė veikla neatsiejama nuo profesionalaus vaikų slaugymo. Gailestingoji sesuo atliko susijusius sveikatos ugdymo (mokytojos ir auklėtojos), konsultantės, globėjos vaidmenis, orientuotus į mokinius, jų tėvus ir auklėtojus. Vaidmenų raiška užmokyklinėje mokinio aplinkoje, konsultuojant ir mokant mokinius laikytis asmens higienos, o tėvus slaugyti sergančius vaikus, globojant silpnos sveikatos ir nepasiturinčių šeimų vaikus, reikalavo profesinio pasiaukojimo ir kompetencijos plėtotės, tačiau gailestingųjų seserų profesinis rengimas apsiribojo medicinos mokslais – ši profesija buvo vertinama kaip priklausoma ar „apkarpyta“ gydytojo profesija.

Stomatologai pripažino savo vaidmens mokyklose poreikius, apimančius ne tik mokinių dantų priežiūrą, bet ir burnos higienos mokymą, siekiant sumažinti dantų ligų paplitimą mokyklinio amžiaus vaikų grupėse. Tačiau nepriklausomoje Lietuvoje nemokama dantų apžiūra

mokyklose ir dantų gydymas, o juo labiau žinių apie stomatologinių ligų priežastis ir burnos higieną skleidimas mokiniams, jų tėvų ir mokytojams nebuvo išvystytas.

Dokumentų, mokslinių straipsnių bei tyrimų duomenų analizė išryškino sovietmečiu įgyvendinto medikalizuoto mokinių sveikatos priežiūros modelio, kuriame vyravo mediko vaidmuo, paremtas biomedicine mokinių sveikatos samprata, tradicine kontrole bei hierarchiniais ryšiais grįsta sąveika su pedagogais ir kitais sveikatos priežiūros specialistais, ribotumą, sprendžiant augančias mokyklinio amžiaus vaikų, jaunimo sveikatos ir jos stiprinimo problemas. Ir gydytojas, ir mokytojas, vykdydami sanitarinę švietimą, rėmėsi nurodymais ir instrukcijomis, atliko žinių ir informacijos teikėjo, autoritetingų konsultantų vaidmenis.

Sovietmečiu sanitarinis švietimas, apimantis medicinos žinių teikimą, higienos mokymą ir auklėjimą, buvo sudėtinė mokyklose dirbančių medicinos seserų ir medicinos felčerių praktikos dalis. Mokyklų (ypač atitolusių nuo miestų) medicinos seserys, medicinos felčeriai atliko higienos mokytojo, auklėtojo, globėjo, konsultanto, rėmėjo vaidmenis, įgyvendinant sanitarinę švietimą mokyklose. Pažymėtinas medicinos sesers, kaip auklėtojos, vaidmens specifiškumas, kuris ryškus mokinių užklasinio ugdymo priemonių srityje. Sanitariniam švietimui mokykloje vykdyti medicinos seserims trūko pedagoginių psichologinių kompetencijų, kurių įgijimas profesinio rengimo institucijose buvo problemiškas dėl ydingo, medikalizuoto studijų organizavimo.

Sovietmečiu mokyklos stomatologas buvo priklausomas nuo poliklinikos ir nuo mokyklos vadovų pozicijos bei palaikymo, sprendžiant dantų gydymo, profilaktikos ir materialinės paramos (stomatologinio kabineto įrangos) klausimus. Mokykloje dirbantis stomatologas buvo įpareigotas analizuoti kartu su mokyklos administracija higieninio mokymo ir auklėjimo priemonių įgyvendinimą, atlikti higienos mokytojo ir informacijos teikėjo vaidmenis, orientuotus į mokinius, jų tėvus, mokytojus ir auklėtojus.

Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, mokinių sveikatos ugdymas pripažįstamas bendrojo ugdymo mokykloje sudedamąja dalimi, nubrėžiamas kaip turintis pasižymėti tęstinumu, pereinamumu į aukštesnį sveikatos žinių, įgūdžių, vertybių formavimo lygmenį, apimti svarbias žmogaus gyve-

nimui sritis (savirūpą, tarpusavio santykius, visuomenės / bendruomenės kultūros, aplinkos pažinimą), formalias ir neformalias sveikatos ugdymo aplinkas ir skirtingų sveikatos ugdymo dalyvių sąveiką.

Mokytojams skiriamas pagrindinis sveikatos ugdymo mokykloje įgyvendintojo vaidmuo įtraukiant sveikatos temas į dalykų programas, o mokyklose dirbantiems sveikatos priežiūros specialistams skiriamas pedagogų rėmėjų ir padėjėjų vaidmuo.

Tačiau klausimas, ar mokytojai yra pajėgūs įgyvendinti universalų sveikatos ugdymą ir tikslią prevenciją, orientuotą į didesnės rizikos mokinius ar jų grupes (pvz., su vaikus, kurių tėvai piktnaudžiauja alkoholiu, psichikos sutrikimų turinčių asmenų vaikais ar vaikais, kurių tėvai serga paveldimomis ligomis, kuriems gresia rizika įvairioms problemoms, sutrikimams, ligoms kilti), išlieka atviras ir keliantis diskusijas, susijusias su švietimo ir sveikatos apsaugos tarpžinybiniu bendradarbiavimu bei mokyklos sveikatos ugdytojų kompetencijomis.

LITERATŪRA

1. Adaškevičienė, E. *Vaikų sveikatos ugdymas pedagoginiu aspektu*. Vilnius: Lietuvos mokslo ir informacijos centras, 1999, p. 5–27.
2. Andriulis, A.; Černiauskienė, E. *Higieninė mokytojo veikla mokykloje*. Vilnius: Pedagoginis institutas, 1987.
3. Aškinytė, R.; Bulotaitė, L.; Černiauskienė, M. *Mokykla be narkotikų*. Mokytojo knyga. Vilnius: Homo Liber, 2002.
4. Bulotaitė, L. *Narkotikai ir narkomanija. Iliuzijos ir realybė*. Vilnius: Tyto alba, 2004, p. 222.
5. Bulotaitė, L. *Pirminė alkoholio bei kitų narkotikų vartojimo prevencija. Narkotikų vartojimo prevencija bendruomenėje*. Pirminės sveikatos priežiūros darbuotojo žinytas. Vilnius: Sveikata, 2002.
6. Budrienė, M. *Iš Lietuvos sveikatos apsaugos istorijos*. Vilnius, 1992.
7. Bukauskienė, T. *Lietuvos mokykla ir pedagoginė mintis 1918–1940 m.* Vilnius: Mintis, 1996, p. 669.
8. Ciunienė, E. *Pirminės profilaktikos ir higienos aspektai*. Mokslinių straipsnių rinkinys. Vilnius, 1987.
9. Černiauskas, G.; Dobravolskas, A.; Murauskaitė, L. *Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.

10. Davidavičienė, A.; Dailidienė, N.; Christauskienė, O. *Aukštesniųjų klasių mokinių žalingų įpročių paplitimas ir jų priežastys*. Vilnius: Pedagogikos mokslinio tyrimo institutas, 1989.
11. Davidavičienė, A. G. *Sveikos gyvensenos įtvirtinimas mokykloje*. Tyrimų medžiaga. Vilnius, 1996, p. 3–9.
12. Dapkienė, S. *Mokyklos ir šeimos bendradarbiavimas: teorinis aspektas*. *Pedagogika*. 2002, 61: 39–43.
13. Flay, B. Positive Youth Development Requires Comprehensive Health promotion Programs. *American Journal of Health Behavior*, 2002, 26 (6): 407–424.
14. Goštautas, A.; Žardeckaitė-Matulaitienė, K. Moksleivių rūkymo profilaktikos galimybės. *Socialinis darbas*, 2003, 2 (4): 67–73.
15. Gudžinskienė, V.; Česnavičienė, J. Sveikatos ugdymas bendrojo ugdymo sistemoje. *Pedagogika*, 2002, 60: 157–162.
16. Gudžinskienė, V. Šeimos ir mokyklos psichologinis klimatas – moksleivių psichinės sveikatos šaltinis. *Pedagogika*. 1998, 37: 106–109.
17. Hammond, C. What is it about education that makes us healthy? Exploring the education – health connection. *International Journal of Lifelong Education*. 2002, 6: 551–571.
18. Jakušvaitė, I. *Medicina ir filosofija*. Kaunas: Medicinos universitetas, 2001.
19. Jankauskas, J. Sveika gyvensena: mokymo bei ugdymo tikslai ir uždaviniai. *Sveikata*. 1999, Nr. 6, p. 35–38.
20. Janušonis, V. *Medicinos pagalbos kokybė ir valdymas*. Vilnius: Mokslas, 1990.
21. Janušonis, V. *Sveikatos palaikymas ir stiprinimas*. Vilnius: Mokslas, 1988.
22. Jaržimskienė, R. *Mokyklos medikas ir sveika gyvensena. Sveikatos stiprinimas ugdymo institucijoje*. I nacionalinės konferencijos medžiaga. Šiauliai, 1997.
23. Jociutė, A. Sveikos gyvensenos įtvirtinimas ugdymo institucijoje. *Sveikatos aplinka*. 1999, 3: 14–16.
24. Jociutė, A. Sveikatą stiprinančių mokyklų veiklos efektyvumo įvertinimas. *Visuomenės sveikata*. 1999, 1 (7): 11–19.
25. Jociutė, A.; Zaborskis, A. *Sveikatą stiprinančių mokyklų veiklos rodikliai*. Panevėžys: E. Vaičekausko leidykla, 2000, p. 43.
26. Jovaiša, J. *Edukologijos pradmenys*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla, 2001.
27. Jurgutis, A. *Pirminės sveikatos priežiūros centro modelio efektyvumo įvertinimas*. Daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai, Visuomenės sveikata. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2002.
28. Kvieskienė, G. *Socializacija ir vaiko gerovė*. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas, 2003.
29. Kučinskas, V.; Kučinskienė, R. *Socialinis darbas švietimo sistemoje. Teoriniai aspektai*. Klaipėda: Klaipėdos universitetas, 2000.

30. Laužikas, J. *Pedagoginiai raštai*. Kaunas: Šviesa, 1993.
31. Lukoševičienė, I. *Kas yra socialinis darbuotojas? Jo funkcijos mokykloje*. Socialinis ugdymas I. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas, 1999, p. 13–21.
32. Petkevičius, R. Visuomenės sveikata ir sveikatos programos. *Sveikata*. 1997, 3: 43–44.
33. Petrauskienė, A. *Aukime sveiki: sveikatos ugdymas vaikų darželyje: auklėtojos knyga*. Kaunas: Farmacija, 2000, p. 5–6.
34. Proškovienė, R. *Moksleivio sveikatos sauga*. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas, 2004.
35. Proškovienė, R. *Sveikatos ugdymo įvadas*. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas, 2004.
36. Stašys, R. *Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų rinka*. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai. Vadyba ir administravimas, Vilnius, 2001.
37. Šurkienė, G.; Jociūtė, A.; Chmieliauskaitė, I. Mokyklos bendruomenės slaugytojų veiklos ypatumai. *Sveikatos mokslai*. 2003, 7: 47–51.
38. Tijūnelienė, O. *Pedagoginiai santykiai Lietuvoje (1900–1940)*. Klaipėda: Klaipėdos universitetas, 1996.
39. Ustilaitė, S. *Paauglių lytiškumo raiška ir jos psichopedagoginės korekcijos prielaidos*. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai, Edukologija. Vilniaus pedagoginis universitetas, 2001.
40. Vaitkevičius, J. Savimi rūpintis, save pažinti. *Pedagogika*. 1994, 30: 13–25.
41. Wulff, H.; Pedersen, S.; Rosenberg, R. *Medicinos filosofija*. Vilnius: Charibdė, 2001.
42. Zaborskis, A.; Šumskas, L. *Slaugos specialistės darbas mokykloje*. Panevėžys, 2000.
43. Zaborskis, A. Vaiko sveikatos ugdymas šeimoje. Tarptautinės konferencijos pranešimų medžiaga. Klaipėda, 1997, p. 13.
44. Žydzioniūtė, V.; Gudelienė-Gudelevičienė, L. *Moksleivių sveikatos ugdymas*. Vilnius: Rotas, 2000.
45. Волков, Ю. Г. *Социология*. Москва: Гардарики, 2003, p. 251.
46. Сердюковская, Г. *Руководство врачей для школ*. Москва: Медицина, 1983, p. 274–277.

Metodinės rekomendacijos, programos

47. Andriulis, E.; Černiauskienė M. *Mokyklinės higienos praktikos darbai*. Mokymo priemonė pedagoginių institutų studentams. Vilnius: Pedagoginis institutas, 1976.
48. Beivydas, P. *Medicininė profesinė moksleivių konsultacija*. Metodinės rekomendacijos. Vilnius: Lietuvos TSR švietimo ministerija, respublikinis mokytojų tobulinimosi institutas, 1977.

49. Bitinas, B. *Auklėjimo teorija*. Vilnius: Lietuvos TSR aukštojo ir specialiojo vidurinio mokslo ministerijos leidybinė taryba, 1977.
50. Daktaravičienė, E. *Patarimai pedagogams, mokyklų gydytojams ir medicinos seserims, masinės regos sutrikimų (trumparegystės) profilaktikos moksleivių tarpe klausimais*. Kaunas: LTRS sveikatos apsaugos ministerija, 1987.
51. Davidavičienė, A. G. *Antialkoholinis, antinarkomaninis ir antinikotininis darbas mokykloje*. Vilnius: Lietuvos TSR sveikatos apsaugos ministerija, 1987.
52. Davidavičienė, A. *Kompleksinis vaikų sveikatos įvertinimas*. Vilnius: Pedagogikos mokslinio tyrimo institutas, 1986.
53. Davidavičienė, A. G. *Narkotinių medžiagų vartojimo prevencijos programa ir standartas*. Vilnius: Švietimo ir mokslo ministerija, 2001, p. 5–8.
54. Davidavičienė, A. G.; Stonienė, L. *Narkotikų vartojimo ir ŽIV/AIDS prevencija ugdymo institucijose*. Metodinės rekomendacijos. Vilnius: Švietimo ir mokslo ministerija, 2000.
55. Davidavičienė, A. G. *Sveikatos ugdymo programa // universalios sveikatos ugdymo bei rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos*. Vilnius: Švietimo ir mokslo ministerija, 2000.
56. Grigas, Č. *Kauno medicinos mokyklos medicinos felčerių gamybinės praktikos programa*. Kaunas, 1963.
57. Goštautas, A. *Gydytojui apie rūkymą*. Vilnius, 1980.
58. Goštautas, A. *Informacijos apie rūkymą ir girtavimą pateikimas mažose grupėse*. Vilnius: LTSR „Žinijos“ draugija, 1987.
59. Kelbauskienė, N. *Ikimokyklinio ir mokyklinio amžiaus vaikų stomatologinė dispancerizacija*. Metodinės rekomendacijos gydytojams stomatologams. Kaunas, 1985.
60. Kelbauskienė, N.; Milčiuvienė, S.; Stropienė, G.; Šemetova, J. *Pirminės stomatologinių susirgimų profilaktikos organizavimas mokyklose*. Metodinės rekomendacijos. Kaunas: Lietuvos TSR sveikatos apsaugos ministerija, 1987.
61. Kelbauskienė, N. *Pirminės stomatologinių susirgimų profilaktikos organizavimas mokyklose*. Kaunas: Kauno medicinos institutas, 1987.
62. *Kompleksinės vaikų sveikatos būklės įvertinimas vaikų kolektyvuose*. Metodinės rekomendacijos apylinkių pediatrams, lopšelių-darželių gydytojams, bendrojo lavinimo mokyklų, mokyklų – internatų ir vaikų namų gydytojams. Vilnius, 1976.
63. Kviklys, V. *Medicininės priemonės LTSR kaimo mokyklų atsiliekančių moksle mokinių sveikatai ir pažangumui gerinti*. Metodinės rekomendacijos. Vilnius, 1980.
64. Kviklys, V. *Sanitarinis švietimas*. Vilnius, 1977.
65. Kviklys, V. *Seksualinės higienos metodologiniai klausimai*. Vilnius: Žinija, 1981.
66. *Lietuvos sveikatos programa (1997–2010)*. (Prieiga per internetą: <<http://www.sam.lt/lt/sam/veikla/programos-projektai/programa>>).
67. Milčiuvienė, S.; Stropienė, G.; Tumpienė, A.; Šemetova, J. *Stomatologinių susirgimų profilaktika*. Metodinės rekomendacijos. Kaunas, 1986.

68. Pilkauskienė, I. *Psichologiniai ir pedagoginiai kovos su rūkymu aspektai*. Kaunas: Z. Januškevičiaus širdies ir kraujagyslių sistemos fiziologijos ir patologijos m. t. institutas, 1987.
69. Projektas „Jaunimui palankios paslaugos Lietuvoje“ (2000). (Prieiga per internetą: <www.jppl.vvspt.lt/doc.>).
70. Rociūtė, S.; Vaizman, N.; Kasčenevskaja, M. *Moksleivių nerviniai-psichiniai nu-krypimai kai kuriose LTSR mokyklose*. Respublikinio mokyklų gydytojų pasita-rimo pranešimų tezės. Kaunas, 1969.
71. *Sanitarinio-higieninio moksleivių paruošimo pagal BPSG normas programa*. Vilnius: TSRS Raudonojo Kryžiaus ir Raudonojo Pusmėnulio draugijų vykdo-masis komitetas, 1963.
72. *Sanitarinis švietimas*. Vilnius: Respublikiniai sanitarinio švietimo namai, 1958.
73. *Sanitarinio švietimo organizavimas moksleiviams burnos higienos klausimais*. Metodinės rekomendacijos gydytojams stomatologams. Vilnius: LTSR sveika-tos apsaugos ministerija, 1981.
74. *Vaikų dantų ėduonies stabilizavimo ir sumažinimo programa Vilniaus miesto ikimokyklinėse vaikų ugdymo įstaigose (1999–2004)*. (Prieiga per internetą: <http://www.vilniusvc.lt/programos/3_dantu_sveikata_programa.htm>).
75. Vainauskienė, V.; Davidavičienė, A.; Burneikienė, V.; Gurskis, J.; Česnauskie-nė, A.; Skardžiuvienė, S.; Stundytė, A. Ikimokyklinių įstaigų auklėtinių ir bend-rojo lavinimo mokyklų moksleivių sveikatos apsaugos koncepcija (projektas). *Sveikatos apsauga*. 1989, 8: 9–13.
76. Vulfovai, B.; Potašnikas, M. *Užklasinio ir užmokyklinio darbo organizatorius*. Kaunas: Šviesa, 1981.

Dokumentai

77. Apie sanitarinio švietimo darbo gyventojų tarpe stovį ir jo tolesnio vystymosi priemones. Lietuvos TSR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 767. Vil-nius, 1950, p. 1–7.
78. Bendruomenės slaugytojas. Funkcijos, teisės, kompetencija ir atsakomybė. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 91-1791.
79. *Bendrosios praktikos gydytojas*. Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir at-sakomybė. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 1996.
80. Dėl sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas Nr. V-1035/ISAK -2680, 2005.
81. Dėl vaikų ir moksleivių sveikatos apsaugos politikos strateginės gairių. LR svei-katos apsaugos ministro ir švietimo ir mokslo ministro įsakymas Nr. 169/299. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 27-738.

82. *Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialybių, subspecialybių sąrašo patvirtinimo* (2001). (Prieiga per internetą: <<http://www.vvpspt.lt/>>).
83. Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdyšančio mokinių sveikatos priežiūrą, kompetencijos. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V- 62, 2004.
84. Health Promotion: a discussion document on the concept and principles. Copenhagen: World Health Organization, 1984.
85. Juškys, V. Nurodymai apskričių ir miestų gydytojams dėl mokyklos gydytojų darbo sutvarkymo. *Vyriausiosios sveikatos valdybos žinios*. 1942, Nr. 3: 123.
86. Kaimo gyventojų sveikatos reikalams rūpintis įstatymas. *Vyriausybės žinios*. 1938, Nr. 597.
87. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija. *Valstybės žinios*. 1991, Nr. 33-893.
88. Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros reformos įgyvendinimo strategija. Sveikatos apsaugos ministerija, 1995.
89. Lietuvos Respublikos slaugos praktikos įstatymas. *Valstybės žinios*. 2001, 62-2224.
90. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 109-2995.
91. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231.
92. Lietuvos Respublikos švietimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 63- 2853.
93. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos įstatymas (2002). (Prieiga per internetą: <<http://www.kvsc.lt/>>).
94. Mokyklos psichologo bendrieji pareiginiai nuostatai. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 94-3520. (Prieiga per internetą: <<http://www.lps.vu.lt/>>).
95. Mokyklų sanitarinės priežiūros įstatymas. *Vyriausybės žinios*. 1935, Nr. 478.
96. *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organisation, Ottawa, Canada, 1986.
97. Pirmosios Lietuvos motinoms ir vaikams globoti konferencijos nutarimai. *Medicina*. 1930, 1: 66–69.
98. Pradžios mokyklų mokinių sveikatos reikalams tvarkyti taisyklės. *Medicina*. 1939, 12: 1028–1032.
99. Proctor, S.; Lordi, S.; Zaiger, D. *School Nursing Practice: Roles and Standards*. Scarborough, Maine: National Association of School Nurses, 1993, p. 70.
100. *Promoting health through schools. The World Health Organisation's Global Health Initiative*. Geneva: WHO, 1996.
101. *Promoting health through schools. The World Health Organisation's Global Health Initiative*. Geneva: WHO, 1996 a.
102. Safonovas, A. *Medicinos personalo darbo mokykloje instrukcija*. Vilnius: Priedas prie TSRS sveikatos apsaugos ministro 1963 m. įsakymo Nr. 189, 1966.

103. Savivaldybės medicinos punktas. Vilnius: Sveikatos apsaugos ministerija. *Valstybės žinios*. 1996, 31: 780–781.
104. Sveikatos priežiūros mokyklose finansavimo tvarka. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 5. *Slauga*. 2004, 01 (85): 6.
105. Sveikatos rūmų įstatymo projektas. *Medicina*. 1939, 12: 1011–1023.
106. Stomatologinės priežiūros (pagalbos) paslaugų teikimo valstybės ir savivaldybių mokymo ir auklėjimo įstaigose tvarka. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 1308. *Specialieji teisės aktai*. 1996, 2, R2 2.3– 2.
107. Švietimo ministerijos laikinieji 1919 m. mokyklų nuostatai. *Lietuvos mokykla ir pedagoginė mintis (1918–1940)*. Antologija. Vinius: Mintis, 1996, p. 33–38.
108. *The Role of the Nurse in Preventing No communicable Diseases*. Report on a WHO Working Group, Belfast, United Kingdom, 1996.
109. Uzielinė, V. *Pediatro apylinkės medicinos sesers darbas (standartas)*. Vilnius: Lenino rajono I vaikų poliklinika, 1988.
110. Vidurinių ir aukštesniųjų mokyklų įstatymas. *Lietuvos mokykla ir pedagoginė mintis (1918–1940)*. Antologija. (1996). Vinius: Mintis, 1925, p. 61–79.
111. Vienna Declaration on Nursing in Support of the European Targets for Health for all: cited in Salvage, J., ed. *Nursing in Action Strengthening nursing and midwifery to support health for all*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993.
112. Visuomenės sveikatos ugdymo ir mokymo prioritetinės (strateginės) kryptys 1999–2002 m. *Valstybės žinios*. 1999, 70: 14–21.

Publikacijos profesiniuose ir kituose leidiniuose

113. Baliūnienė, B. Vidurinio medicinos personalo tobulinimasis. *Sveikatos apsauga*. 1984, 6: 19–21.
114. Buldakova, N.; Rukšnaitis, V. *Raudonojo kryžiaus draugijos veikla mokyklose*. Vilnius: Profleidykla, 1958.
115. Dailidienė, N. Sanitarinis švietimas bendrojo lavinimo mokyklose. *Sveikatos apsauga*. 1983, 7 (331): 36–37.
116. Davidavičienė, G. Apie mokyklų vidurinio medicinos personalo darbą. *Sveikatos apsauga*. 1973, 1: 57–59.
117. Epšteinai, L. Mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos apsauga Kauno pradžios mokyklose. *Medicina*. 1928, Nr. 6, p. 1–16.
118. Epšteinai, L. Mokyklų medicinos priežiūros Kauno m. pradžios mokyklose dėsniai. *Medicina*. 1925, 1–2: 267–269.
119. Epšteinai, L. *Mokyklų medicinos sutvarkymas Vokietijoje ir Lietuvoje*. Kauno miesto valdybos gydytojų pasitarimo pranešimas, 1925.
120. Epšteinai, L. Trumpa mokyklos medicinos gydytojo funkcijų apžvalga. *Medicina*. 1925, 1–2: 116–117.

121. Grakauskienė, I. Mylėti ligonį – pašaukimas. *Sveikatos apsauga*, 1984, 6: 41–43.
122. Grinius, K. Kauno miesto pradžios mokyklų gydytojo santykiai su įvairiomis organizacijomis ir atskirais asmenimis. *Medicina*. 1925, 1–2: 270–271.
123. Grinius, K. Kauno miesto savivaldybės medicinos ir sanitarijos skyriaus 1931 m. darbų apyskaita. *Medicina*. 1932, 6: 479–487.
124. Grinius, K. Trumpa mokyklos medicinos gydytojo funkcijų apžvalga. *Medicina*. 1925, 1–2: 116–117.
125. Grybauskienė, D. Aktyvi Lietuvos TSR Raudonojo Kryžiaus draugijos veikla. *Sveikatos apsauga*. 1977, 10 (262): 12–16.
126. Griškevičius, A.; Užkalnienė, A.; Uleckienė, J.; Ivaškevičienė, J. Atsakymai įpareigoja veikti. *Sveikatos apsauga*. 1984, 5: 38–41.
127. Janulis, K. Sanitarinio švietimo problemos mokykloje. *Sveikatos apsauga*. 1989, 7 (403): 46–48.
128. Kabašinskienė, B. Mokyklos gydytoja. *Sveikatos apsauga*. 1983, 9 (333): 53–56.
129. Kazlauskas, J. Vidurinių medicinos darbuotojų paruošimo aktualūs klausimai. *Sveikatos apsauga*. 1956, 1: 36–37.
130. Kunigėlienė, J. Ką privalo žinoti medicinos sesuo, dirbanti su vaikais. *Sveikatos apsauga*. 1979, 1: 46–48.
131. Kviklys, V. Keletas pastabų apie 1938/39 mokslo metų pradžios mokyklų sanitarinių apžiūrų apyskaitą suvedus. *Medicina*. 1939, 10–11: 921–925.
132. Kviklys, V. Medikų uždaviniai, gerinant vaikų ir paauglių mokymo bei auklėjimo higienines sąlygas. *Sveikatos apsauga*. 1973, 1: 9–12.
133. Kviklys, V. *Mokyklinio amžiaus vaikų sveikata ir jos apsaugos organizacija Lietuvos TSR 1947–1957 metais*. II respublikinio higienistų, mikrobiologų ir infekcionistų suvažiavimo pranešimų tezės. Vilnius: Vilniaus m. epidemiologijos ir higienos institutas, 1958.
134. Kviklys, V. *Mokyklų gydytojų ryšiai su pedagogais moksleivių higieninio mokymo ir auklėjimo srityje*. Respublikinio mokyklų gydytojų pasitarimų tezės. Kaunas: Medicinos fakulteto higienos katedra, 1969.
135. Kviklys, V. *Pagerinti kaimo mokyklų sanitarinę priežiūrą*. Vilnius: LTSR sveikatos apsaugos ministerija ir sanitarinio švietimo namai, 1954.
136. Kriauza, V. Dėl vaikų ir moksleivių sveikatos apsaugos politikos strateginių gairių. *Sveikatos aplinka*. 2000, 1: 1–2.
137. Labanauskas, K. Mokyklinio jaunimo sanitarinė priežiūra. Atspausdinta iš *Lietuviškosios medicinos*. 1942, 2–3: 1–10.
138. Lapelienė, R. Vaikų ir paauglių fizinio lavinimo medicininės kontrolės tobulinimas. *Sveikatos apsauga*. 1983, 9: 21–23.
139. Laurinavičiūtė, K. Įspūdžiai iš aukštesniųjų Florence Nightingale seserų kursų Anglijoje. *Gailestingoji sesuo*. 1938, 2: 57–67.

140. Lissauskienė, E. Darbu pelnyta garbė. *Sveikatos apsauga*. 1984, 6: 44–46.
141. Matulionis, B. Apskričių ir miestų gydytojams. *Vyriausiosios sveikatos valdybos žinios*. 1943, 5: 276–278.
142. Milaknienė, E. Aktualūs mokyklinės higienos klausimai mūsų respublikoje. *Sveikatos apsauga*. 1956, 1: 23–26.
143. Monkutė, V. Sveikatos globos centro sesuo. *Gailestingoji sesuo*. 1938, 1: 38–40.
144. Nimenas, L. Higieninis auklėjimas ir mokymas mokykloje. Vilnius: Respublikinė sanitarinio švietimo namų leidykla, 1948.
145. Oželis, K. Mediko – sanitarinių įstatymų klausimu. Atspausdinta iš *Medicinos*, 1936, 1: 1–8.
146. Oželis, K. Sveikatos reikalų rūpinimasis Lietuvoje. *Medicina*. 1936, 6: 442–457.
147. Pionierių karinio-sportinio žaidimo „Žaibas“ respublikinė sanitarinių postų varžybos. *Sveikatos apsauga*. 1977, 8 (300): 57.
148. Reimann, Ch. Pastabos dėl įstatymų, tvarkančių Gailestingųjų seserų reikalus. *Gailestingoji sesuo*. 1931, 1: 25–35.
149. Stoka mokyklų medicinos Marijampolėje. *Medicina*. 1928, 1: 79.
150. Stonkaitė-Matulionienė, A. Pirmieji žingsniai. *Medicina*. 1932, 11: 758–760.
151. Sveikatos reikalai. *Medicina*. 1928, 1: 79.
152. Sveikatos reikalai. *Medicina*. 1929, 11: 880.
153. Šidlauskas, A. Lietuvos sveikatos reikalų sutvarkymas. Atspausdinta iš *Medicinos*, 1927, 11–12: 1–32.
154. Šmukleris, A. Mokyklų medicinos Vokietijoje organizacija. *Medicina*. 1925, 1–2: 742–743.
155. Šurkienė, G. Mokinių higieninis auklėjimas. *Sveikatos apsauga*. 1978, 8 (272): 7–9.
156. Šurkienė, G. Vidurinio medicinos personalo vaidmuo mokinių sveikatos apsaugoje. *Sveikatos apsauga*. 1977, 7: 42–43.
157. „Švaros savaitės“ 1929 metų apyskaita *Medicina*. 1930, 3: 202–206.
158. „Švaros savaitės“, darbų Kauno miesto savivaldybėje 1931 m. gegužės mėn. 17–24 d. apyskaita. *Medicina*. 1932, 11: 758–760.
159. Umbražiūnas, K. Iš LTSR Raudonojo Kryžiaus draugijos gyvenimo. *Sveikatos apsauga*. 1961, 1 (61): 63.
160. Valentukevičius, R. Pamainos rengimas – svarbus uždavinys. *Sveikatos apsauga*. 1984, 6: 39–41.
161. Vasilevskienė, A. Mokyklos medicinos sesuo. *Sveikatos apsauga*. 1984, 4: 38–41.
162. Zaikauskas, M. *Lietuvos TSR sveikatos apsauga 1940–1966 metais*. Vilnius: LTSR sveikatos apsaugos ministerija, 1968.
163. Žemgulyš, J. Gailestingosios sesers profesija. *Gailestingoji sesuo*. 1938, 1: 11–13.

3. SVEIKATOS UGDYMO PROGRAMOS IR JŲ ĮGYVENDINIMO PRIELAIIDOS

3.1. Formalios ir neformalios sveikatos ugdymo programos bendrojo ugdymo mokyklai

Specialieji tikslai susiję su vaikų ir jaunimo sveikatos stiprinimu ir palankių sąlygų ugdyti sveiką gyvenseną sudarymu yra keliami kaip prioritetiniai tarptautiniuose ir Lietuvos valstybės strateginiuose dokumentuose. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) sveikatos politikos dokumente *Sveikata XXI amžiuje* (2000) teigiama, kad iki 2015 m. gyventojams turėtų būti sudarytos didesnės galimybės gyventi sveikoje fizinėje ir socialinėje aplinkoje, namuose, mokykloje ir vietos bendruomenėje, o 95 proc. vaikų turi turėti sąlygas būti ugdomi sveikatą stiprinančioje mokykloje. Trečiosios tarptautinės sveikatą stiprinančių mokyklų konferencijos *Geresnė mokykla – sveikesnė mokykla* (Vilnius, 2009) rezoliucijoje pažymima, kad svarbu tarptautiniu, nacionaliniu ir regioniniu lygmenimis išplėtoti sveikatą stiprinančios mokyklos idėjas, įtraukiant jas į darniąją mokyklų plėtrą.

Lietuvos sveikatos informacijos centro, įvairių mokslinių tyrimų²⁷ duomenys rodo, kad vaikų ir jaunimo sveikatos rodikliai kelia visuomenės susirūpinimą, o tai numato sveikatos ugdymo politikos vystymą asmens, šeimos, ugdymo įstaigų, bendruomenės ir visos visuomenės lygmenimis. Viena iš valstybės vizijų ir pokyčių sričių yra sumanios visuomenės kūrimas, kuris tiesiogiai susijęs su gera visuomenės sveikatos būkle, užtikrinančia kiekvieno asmens aktyvų dalyvavimą visuomeniniame gyvenime. Vaiko gerovės valstybės politikos koncepcijoje (Žin., 2003-05-30, Nr. 52-

²⁷ Juškelienė, V.; Ustilaitė, S.; Proškovienė, R.; Kalibatas, J.; Naudžiūtė, S. *11–12 klasių mokinių sveikata ir jos pokyčiai per 5 metus*. Mokslinio tyrimo ataskaita. Švietimo ir mokslo ministerija [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai/11_12_moks_sveik.pdf>.

Zaborskis, A.; Vareikienė, I. Patyčios mokykloje ir jų sąsajos su moksleivių sveikata bei gyvensena. *Medicina* (Kaunas). 2008, 44(3): 232–239.

Zaborskis, A.; Makari, J.; Žemaitienė, N. Lietuvos moksleivių psichologinė būseną. *Biomedicina*. 2002, T. 2, Nr. 2, p. 107–112.

2316), Valstybinės švietimo strategijos 2003–2012 m. nuostatose (Žin., 2003-07-4, Nr. IX-1700) teigiama, kad vaikams būtina sudaryti sąlygas augti kiek įmanoma sveikam ir gyventi saugioje aplinkoje, jaustis mylimam ir vertingam, plėtoti savo socialinius tarpasmeninius santykius ir pasitikėjimą. Vaiko gerovės valstybės politikos strategijoje ir jos įgyvendinimo priemonių 2005–2012 m. plane (Žin., 2005, Nr. 25-802) pabrėžiama, kad svarbu sudaryti sąlygas vaikui visavertiškai gyventi šeimoje, aktyviai dalyvauti visuomenės gyvenime, apsaugoti jį nuo visų formų smurto, išnaudojimo, trukdymo mokytis ir prireikus užtikrinti jam tinkamą asmens sveikatos priežiūrą ar medicininę pagalbą. Priemonių plane nubrėžiamos gairės gerinti vaikų sveikatos apsaugą, didinti vaikų sveikatos priežiūros paslaugų įvairovę ir prieinamumą.

Galima teigti, kad Vaiko gerovės politikos koncepcija, Valstybinės švietimo strategijos 2003–2012 m. nuostatos pabrėžia sąlygų prigimtiniais vaiko poreikiams tenkinti sudarymą, kita vertus, koncepcijos įgyvendinimo strategijoje ir plane nors ir apibrėžiamos vaikų sveikatos priežiūros priemonės, tačiau neįvardytos priemonės, susijusios su vaikų sveikatos ugdymo sąlygų užtikrinimu.

Vėlesnėje Vaikų sveikatos stiprinimo 2008–2012 metų programoje (Žin., 2008-09-11, Nr. 104-3979) dar kartą pabrėžiamas sveikatos priežiūros užtikrinimas, patikslinant jos apimtį, tokias kaip: vaikų ligų ir traumų pirminę profilaktiką, vaikų sveikatos stiprinimo stebėseną, vaikų sveikos gyvensenos ugdymą, sveikatai palankios aplinkos kūrimą vienijant valstybės ir savivaldybių institucijų, mokyklų bendruomenių, mokslo ir visuomenės pastangas bei specialistų, dirbančių su vaikais, kompetencijų sveikatos stiprinimo klausimais tobulinimą. Lietuvos sveikatos programa 2020, Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ taip pat kaip vieną iš pagrindinių sveikatos stiprinimo perspektyvų pažymi įvairaus amžiaus žmonių grupių sveikos gyvensenos ugdymą kaip sveikos ir veiklios visuomenės raidos prielaidą.

Nepriklausomos Lietuvos dešimtmečiais priimti valstybės strateginiai politinio lygmens dokumentai pabrėžia, kad esminiai visuomenės pokyčiai turi būti nukreipti į sąlygų formuotį kūrybingai, atsakingai ir atvirai asmenybei sudarymą. Bendrojo ugdymo mokykloms numatomas ypatingas vaidmuo kurti vaikų ir jaunimo sveikatos ugdymo aplinkas,

pripažįstant Lietuvos švietimo koncepcijos (1992) nuostatas, kurios pažymi ugdymo įstaigos ugdymo turinio ir formų diferencijavimą ir individualizuotą pritaikymą, atsižvelgiant į vaiko interesus, intelektines išgales, sveikatą. Nubrėžiamos mokytojų veiklos gairės, susietos su individualių programų kūrimu, laisvai ir kūrybiškai pasirenkant, taikant mokymo metodus ir formas. Kaip šios koncepcijos nuostatų įgyvendinimo rezultatas parengtos nacionalinės ugdymo programos, o pagrindiniu dokumentu, reglamentuojančiu ugdymo turinį bendrojo ugdymo mokykloje, tampa Bendrosios programos. Bendrųjų programų projekte (1994) Sveikatos ugdymo programa apibūdinama kaip universalioji, ugdanti sveiką gyvenimą, integruojama į mokomuosius dalykus. Įvardytos sveikatos ugdymo turinio temos (mano kūnas, asmens higiena, žmogaus psichologiniai aspektai, bendravimo įgūdžiai, šeima ir sveikata, maistas, mityba ir t. t.) pateikiamos koncentrais: I–IV kl., V–VI kl., VII–VII kl., IX–X ir XI–XI kl., įgyvendinimas remiasi spiralės principu, t. y. programos temos kartojamos nuosekliai tam tikrais intervalais per visą mokymosi laiką, atsižvelgiant į vaikų amžiaus tarpsnio ypatumus, gilinant mokinių žinias, lavinant gebėjimus ir ugdant vertybines nuostatas. Įgyvendinant Universaliąją sveikatos ugdymo programą 1994–1998 m. laikotarpiu bendrojo lavinimo mokyklose prisidėjo Atviros Lietuvos fondo veikla ir finansinė parama, rengiant tokias mokymo priemones kaip Sveika mityba (1994), Rūkymas (1994), Lytinis auklėjimas (1994) ir kitas, organizuojant metodinius praktinius seminarus mokytojams, medikams ir socialinės srities darbuotojams, vykdant mokymų kursą apie ekologiją, sveiką mitybą, alkoholizmą, narkomaniją, rūkymą, lytinį auklėjimą, AIDS. Seminarų dalyviai susipažino su netradicinio humanistinio ugdymo teorija ir metodika, dalijosi vaikų sveikos gyvensenos ugdymo praktine patirtimi, taikant aktyvaus mokymo metodus, vykdant projektinę veiklą, kuriant bendradarbiaujančią mokyklos bendruomenę. Kita vertus, Atviros Lietuvos fondo organizuoti lytinio auklėjimo seminarai mokytojams B. Obelenienės, K. Pukelio (2004) vertinami neigiamai, mat jie savo turiniu atitiko ne lytinį auklėjimą, o lytinį švietimą, kuris yra nepalankus vaiko pasaulėžiūrai formuotis.

Vis dėlto 1997 m. patvirtinus Bendrąsias programas I–X klasėms Sveikatos ugdymo integruojamoji programa (kaip ir kitos Bendrųjų programų projekte pateiktos integruojamosios programos) nebuvo įtraukta

ir tik 2000 m. Švietimo ir mokslo ministerija patvirtina Universaliasias sveikatos ugdymo bei rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programas, kurios iš esmės atspindėjo prieš tai Bendrųjų programų projekte (1994) pateiktą sveikatos ugdymo programos turinį. Pastarosios Universaliosios sveikatos ugdymo programos turinys buvo sudarytas iš dešimties sveikos gyvensenos temų: *pažink save; asmens higiena; aš ir kiti; maistas ir mityba; veikla, poilsis ir fizinis aktyvumas; kūno apsauga; aplinka ir sveikata; ža-lingi įpročiai; medžiagų vartojimas ir piktnaudžiavimas; šeima ir sveikata; ligos ir jų prevencija*, kurias dalykų mokytojams rekomenduota integruoti formaliose ir neformaliose ugdymo aplinkose, bendradarbiaujant su moki- nių tėvais. Įgyvendinant sveikatos ugdymo programas rekomenduota remtis modeliu (S. Hagard, 1994), pažyminčiu sveikos gyvensenos in- formacijos ir žinių pateikimą bei vertybinių nuostatų formavimą, tikintis sveikatai palankaus mokinių elgesio pokyčių.

Greta Universalijų sveikatos ugdymo bei rengimo šeimai ir lytiš- kumo ugdymo programų (2000) Švietimo ir mokslo ministerijos buvo patvirtinta ir keletas prevencinių programų, kurias mokykloms buvo re- komenduojama taip pat privalomai įtraukti į ugdymo procesą. *Gyvenimo įgūdžių ugdymo programa* (2003, 2005) skirta ikimokyklinio amžiaus vai- kams, pradinėse klasių, 5–8 klasių bei 9–10 klasių mokiniams rengti gy- venimui už mokyklos ribų bei suaugusiųjų gyvenimui greitai kintančioje visuomenėje, jų asmeniniams ir socialiniams (gyvenimo) įgūdžiams, to- kiems kaip: *savęs pažinimo, bendravimo, problemų sprendimo, sprendimų priėmimo, kūrybinio ir kritinio mąstymo, mokėjimo atsispirti neigiamai bendraamžių ir socialinės aplinkos įtakai*, ugdyti. *Alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencijos programa* (2006) bei metodinės rekomendacijos programai įgyvendinti (2006) skiriamos ug- dytojams, siekiantiems tikslingai ugdyti mokinių socialinius įgūdžius, motyvuojant vaikus ir paauglius sveikai gyventi, nevartoti alkoholio, ta- bako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų. *Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programa* (2007) skirta ugdyti brandžią asmenybę ir rengti moki- nius šeimos gyvenimui, perteikiant vaikams žinių ir padedant išsiugdyti dorovingos, brandžios, savarankiškos, kritiškai mąstančios bei masinės kultūros įtakoms atsparios asmenybės bruožus, kurie svarbūs žmogaus saviraiškai, brandiems tarpasmeniniams santykiams plėtoti, funkcionaliai

šeimai kurti, atsakingos tėvystės ir motinystės įgūdžiams įgyti. Programa kartu su metodine medžiaga mokytojams skirta mokyklinio amžiaus vaikams ir tėvams (globėjams).

Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos įgyvendinimo galimybių tyrimas (Ustilaitė, Proškuvienė, Juškelienė, Kalinkevičienė, 2008) parodė, kad programa įgyvendinama formalioje ir neformalioje ugdymo proceso veikloje. Atlikus tyrimą, nustatyta, kad 18,3 proc. tyrime dalyvavusių bendrojo lavinimo mokyklų *Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo* programą integruoja į visus mokomuosius dalykus, 49,5 proc. – į vieną ar kelis mokomuosius dalykus (dažniausiai tikybos, etikos, biologijos, pasaulis ir aš), 48,5 proc. – jungia su kitomis programomis (Gyvenimo įgūdžių, Alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo, Smurto prevencijos ir pan.) ir 16,8 proc. – vykdo projektinę veiklą. Daugiausia (60,6 proc.) – rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo klausimus aptaria klasės valandėlių metu. Mokslininkės daro išvadą, jog *Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo* programos įgyvendinimas nėra sistemingas ir nuoseklus, nes dažniausiai į mokomuosius dalykus integruojamos vadovėliuose pateiktos temos, klasės valandėlių metu aptariamose tik atskiros lytiškumo temos, o tai neapima sistemingo ir nuoseklaus *Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo* programos temų išdėstymo.

Analizuojant aukščiau pristatytų sveikatos ugdymo programų tikslus ir ugdymo turinį galima pastebėti jų panašumus ir kartojimąsi siekiant universalių prevencinių tikslų. Taigi programos gali būti apibūdinamos kaip viena kitą papildančios, kurias Švietimo ir mokslo ministerija nurodo įgyvendinti bendrojo ugdymo mokytojams: 1) remtis pedagogo kompetencijomis ir integruoti į mokomųjų dalykų turinį arba 2) sveikatos ugdymą kaip savarankišką dalyką (iš pasirenkamų pamokų sąrašo) įgyvendinti tikslinėse klasėse ar visose klasėse; 3) integruoti sveikatos ugdymo veiklas į neformaliojo švietimo programas (popamokines veiklas ar projektines veiklas); 4) integruoti sveikos gyvensenos ir gyvenimo įgūdžių ugdymą klasės valandėlėse.

Lietuvos bendrojo ugdymo įstaigose įgyvendinamos ir neformalios socialinio emocinio ugdymo programos, kurias galima vertinti kaip prevencines. Prevencinių ugdymo tikslų įgyvendinimas Lietuvos švietimo institucijose remiasi sveikatą stiprinančių mokyklų tinklo, kompleksinės

tarpsektorinės veiklos plėtra, kuriant bendrojo ugdymo mokyklose saugias ir sveikas mokymosi aplinkas, organizuojant popamokinę, projektinę ar kitą veiklą, siekiant ugdyti vaikų ir jaunimo gyvenimo įgūdžius. Išskirtinos ilgalaikės emocinio socialinio (gyvenimo įgūdžių) ugdymo programos, kurios iki šiol yra populiarios, tokios kaip: *Zipio draugai* (2000), *Antrasis žingsnis* (2004), patyčių ir smurto prevencijos programa *Ollweus* (2007), *Lions Ques / Paauglystės kryžkelės* (2007) programos.

Zipio draugai (2000) – socialinių gebėjimų ugdymo programa. Siekiama padėti vaikams įgyti socialinių emocinių sunkumų įveikimo gebėjimus. Programos ištakos Anglijos programa „Partnership for children“. Šios programos taikymo mokymuose dalyvavo mokytojai beveik iš visų savivaldybių. Nuo programos įgyvendinimo pradžios 2000 m. joje jau dalyvavo beveik 72 tūkst. vaikų, parengta daugiau kaip 2,6 tūkst. mokytojų, 59 programos konsultantai ir 87 konsultanto padėjėjai.

Antrasis žingsnis (2004) – socialinių gebėjimų ugdymo programa. Jos tikslas retinti agresyvaus vaikų elgesio apraiškas, mokyti vaikus susitvarkyti su savo jausmais, atsispirti norui elgtis impulsyviai, spręsti konfliktus, problemas, suprasti savo elgesį. Ji skirta 1–4 klasių mokiniams. Programa Lietuvoje diegiama nuo 2004 m. Tai Jungtinėse Amerikos Valstijose sukurta programa, kurios sėkmingam įgyvendinimui adaptuota mokymo medžiaga 1–2 klasei, išleista „Mokytojo knyga 4 klasei“, parengta informacinė medžiaga tėvams. Lietuvoje jos atstovas – VšĮ Paramos vaikams centras. Iš viso 2008 m. „Antrojo žingsnio“ mokymuose dalyvavo 397 atstovai iš 89 mokyklų ir darželių, 2009 m. – 434 atstovai iš 165 mokyklų ir darželių.

Patyčių ir smurto prevencijos programa *Ollweus* (2007) skirta patyčių ir kitokio asocialaus elgesio apraiškoms retinti. Siekiama mokyti visą mokyklos personalą atpažinti, pastebėti patyčias ir tinkamai į jas reaguoti, spręsti patyčių atvejus, lavinti konfliktinių situacijų sprendimo gebėjimus, keisti požiūrį į patyčias kaip reiškinių. Programa skirta pagrindinės, vidurinės mokyklos mokiniams. Ji sukurta Norvegijoje, atstovas Lietuvoje – Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras. Lietuvoje programa pradėta įgyvendinti 2008 m. 2008–2009 m. *Ollweus* programoje dalyvavo 69 mokyklos. Pasirašytos sutartys tarp Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centro ir 19 savivaldybių. I. Vareikienė, A. Zaborskis

(2011), įvertinę patyčių ir jų formų paplitimo pokyčius tarp Kauno miesto mokyklų mokinių, įgyvendinus *Olweus* patyčių prevencijos programą 2008–2010, nustatė šio reiškinio paplitimo mažėjimo tendencijas, ypač sumažėjo verbalinio pobūdžio patyčių.

„*Paauglystės kryžkelės*“ – nuosekli visapusiška mokinių gyvenimo įgūdžių lavinimo programa. Siekiama padėti paaugliams ugdytis socialines emocines kompetencijas, svarbiausius gyvenimo įgūdžius, pilietinį aktyvumą. Programa skirta mokiniams nuo 5 klasės. Programos atstovas Lietuvoje – VšĮ „Lions Quest“. „Paauglystės kryžkelės“ yra pirmoji „Lions Quest“ programa, įgyvendinama Lietuvoje. Nuo 2006–2007 m. m. iki 2009–2010 m. m. mokymuose dalyvavo 58 institucijų komandos, iš jų 50 mokyklų komandos iš 17 savivaldybių.

Preveninės programos laikomos dalimi prevencinės veiklos, įgyvendinamos pagal moksliniais duomenimis pagrįstą modelį, turinčios aiškią struktūrą, tikslus, uždavinius bei metodus ir nuosekliai vykdomos gana ilgą laiką. Apibendrinant savivaldybių 2006–2009 mokslo metais pateiktų prevencinio darbo organizavimo ataskaitų duomenis (Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centro, Švietimo valdymo informacinės sistemos informacija), matyti šios tendencijos: dėmesio skiriama šviečiamojo pobūdžio ar neformaliojo ugdymo veiklos formoms – paskaitoms, pokalbiams organizuoti; konkursams, viktorinoms, akcijoms, sporto renginiams; pranešimams, plakatams, sienlaikraščiams kurti (į tai buvo orientuota daugiau kaip 60 proc. visų veiklos rūšių); gyvenimo įgūdžiams formuoti (2006 m. ji sudarė tik 2 proc. visų veiklos rūšių, o 2009 m. – net 29 proc.). Pažymėtina neformalių prevencinių programų, skirtų bendrojo ugdymo mokyklai, įvairovė, tarptautinis pritaikomumas ir tęstinumo poreikis. Kita vertus, nepaisant mokyklose diegiamų prevencinių programų įvairovės, Lietuvoje vis dar trūksta prevencinių programų, orientuotų į paauglius. Tai ypač aktualu, nes su patyčiomis dažniausiai susiduriama būtent paauglystėje. Taip pat per mažai dėmesio yra skiriama atsakingos tėvystės įgūdžių lavinimui.

Lietuvos mokslininkai (Juškelienė ir kt., 2006; Mačiūnas ir kt., 2006; Gudžinskienė, Česnavičienė, Suboč, 2007; Ustilaitė, Proškuvienė, Juškelienė, Kalinkevičienė, 2008, 2009 ir kt.) nustatė, kad iki šiol pedagogai per mažai dėmesio skiria nuosekliai mokinių gyvenimo (tarp jų sveikos gyvensenos) ugdymui(-si), nes pirmenybę laiko mokinių parengimą eg-

zaminams. Integruojamos sveikatos ugdymo ir prevencinės (Alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo, 2006; Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programa, 2007 ir kt.) programos bendrojo ugdymo įstaigose yra vykdomos tik fragmentiškai, pripažįstant sveikatos ugdytojų kompetencijos tobulinimo poreikius.

Atnaujintose *Pradinio ir pagrindinio ugdymo bendrosios programose* (2008) pabrėžiamas bendrųjų kompetencijų ugdymas, svarbus asmens brandai, jo rengimuisi mokytis visą gyvenimą bei sėkmingai profesinei karjerai. Ugdymo turinys Bendrosiose programose apibrėžiamas aprašant ugdymo tikslus, mokinių mokymosi pasiekimus, susietus su mokinių bendrosiomis kompetencijomis (mokėjimo mokytis, komunikavimo, pažinimo, socialine pilietine, iniciatyvumo ir kūrybingumo, asmenine ir kultūrine (viduriniame ugdyme)). Bendroji asmeninė kompetencija Bendrosiose programose (2008) aprėpia mokinio asmeninių savybių tobulinimą, pasitikėjimą savimi, jausmų ir emocijų valdymą, rūpinimąsi savo ir kitų sveikata. Bendrosios asmeninės kompetencijos ugdymas apibrėžiamas Bendrųjų programų 11 priede pateiktoje *Sveikatos ir gyvenimo įgūdžių integruojamoje programoje*, kurioje atsisakoma tradicinių sveikos gyvensenos ugdymo turinio temų (10 temų) formuluočių, apibrėžiami mokinių pasiekimai, pateikiant deklaratyvias, abstrakčias mokinių gebėjimų formuluotes (pvz., *gebėti rūpintis savo sveikata, dvasios bei kūno grožiu; prisitaikyti sparčiai besikeičiančioje aplinkoje*). *Sveikatos ir gyvenimo įgūdžių integruojamoje* programoje nėra apibrėžiami *sveikatos įgūdžiai, kai toks sąvokos naujadaras* semantiškai sunkiai (arba negali būti) apibrėžiamas, *todėl įneša painiavos, nes nėra aišku, kokius mokinių sveikatos gebėjimus mokytojai aktualu ugdyti*. Taigi sveikos gyvensenos ugdymo sritys pateikiamos chaotiškai, nesilaikant loginių prasmų. Analizuojant šios programos turinio sandarą darytina išvalga, kad mokinių sveikatos ugdymo įgyvendinimas mokytojams, kurie rėmėsi šia programa, galėjo būti problemiškas dėl neapibrėžto programos turinio ir mokinių pasiekimų vertinimo. Kita vertus, stokojama mokslinių tyrimų, kuriuose būtų analizuojamas ir vertinamas sveikatos ugdymo Lietuvos bendrojo ugdymo mokyklose veiksmingumas ir kokybė, nors Nacionalinės mokyklų vertinimo agentūros atliktas išorės auditas 2007–2009 m. 89-iose mokyklose parodė, kad formalus ir neformalus mokinių sveikatos ugdymas vyko tik 7 ugdymo įstaigose. Darytina

prielaida, kad vertinti sveikatos ugdymą yra ir buvo sudėtinga dėl neapibrėžtų vertinimo kriterijų ir todėl padaryti vertinimai rėmėsi tik kiekybiniais rodikliais, pateikiant mokyklose vykdomų renginių, projektų, būrelių apimtis skaitmenine išraiška. Pavyzdžiui, išorinio audito ataskaitoje pažymima, kad A mokykloje „Gausi projektinė veikla, dalyvavimas įvairiuose konkursuose, olimpiadose ne tik ugdo dalies vaikų gebėjimus, gilina žinias, skatina pažinti, bet ir ugdo mokinių fizinę sveikatą“; C mokykloje „Stebėjimo duomenų analizė rodo, kad dalyje pamokų organizuota <...> sveika gyvensena 5 kl. <...> mokinių poreikių netenkinanti veikla“; F mokykloje 5–10 klasėse mokiniams skirta 10 pasirenkamųjų dalykų, tarp kurių – sveika gyvensena, psichologijos pagrindai. Sveikatos ugdymo temos integruojamos į dalykus, būrelius, klasės valandėles, yra inicijuojami įvairūs prevencijos projektai, konkursai, teniso partijos pertraukų metu, mainų programos ir kt. visą bendruomenę apimanti veikla. Viena iš veiksmingiausių prevencijos priemonių – tai mini projektas „Nebėk, laike, be prasmės“, kurio metu inicijuotos nakvynės mokykloje, susitikimai su psichologais, sveiką gyvenimą propaguojančiais žmonėmis“; G mokykloje veikia 8 būreliai (vienas jų sveikos gyvensenos). Vykdomos „Alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencijos“, „Saugios ir sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymo“, „Fizinio aktyvumo“ programos. Vasario mėnuo – mokyklos sveikos gyvensenos mėnuo. Pastebėta, jog kitose mokyklose sveikatos ugdymas yra epizodiškas, puoselėjamas tik kai kurių mokytojų entuziastų.

Nors 2008–2011 mokslo metus galima vertinti kaip besikeičiančio požiūrio į Lietuvos švietimo įstaigose įgyvendinamą ugdymo turinį, orientuotą į mokinių bendrųjų kompetencijų ugdymą. Sveikatos ugdymo padėtis šioje srityje išliko problemiška ir reikalaujanti tobulinti programų įgyvendinimą šalies mokyklose, kelti naujus prioritetinius tikslus bei uždavinius: tarpusavyje derinti formalias sveikatos ugdymo ir prevencines programas; atsižvelgti į kultūrinius mokinio ir jo šeimos aplinkos veiksnius, formuoti nuostatas ir vertybes, kurios stiprintų jauno žmogaus ryžtą gyventi sveikai. Pirmenybė turėtų būti teikiama ne šviečiamajai veiklai, bet nuolatiniam sistemingai įgyvendinamam ugdymui ir naujoms veiksmingoms ugdymo formoms ar metodams.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos švietimo įstatymo (Žin., 1991, Nr. 23-593; 2011, Nr. 38-1804) 56 straipsnio 12 punktu ir atsižvelgiant

į LRV programos priemonę Nr. 1072 (545, 697, 737, 778, 786, 815) „parengti ir patvirtinti Sveikatos ir gyvenimo įgūdžių ugdymo programos bei jos įgyvendinimo priemonių plano ikimokyklinės ugdymo įstaigose ir mokyklose, dirbančiose pagal priešmokyklinio, pradinio, pagrindinio ir vidurinio ugdymo programas, pakeitimus“, taip pat Vyriausybės programoje nustatytą išipareigojimą sistemingai plėtoti įgyvendinant mokinių sveikatos (savęs pažinimo, sveikos gyvensenos, kūno kultūros, sveikos mitybos, savikontrolės) ugdymą, patvirtinta nauja *Sveikatos ugdymo bendroji programa* (Žin., 2012, Nr. 105-5347). Skirtingai nei ankstesnės sveikatos ugdymo programoms, naujai suteiktas bendrųjų programų statusas, pažymintis sveikatos ugdymo įgyvendinimo su kitais mokomaisiais dalykais lygiavertiškumą, nors praktiniu lygmeniu nėra aišku, kaip šis principas bus įgyvendinamas. Programoje nurodytos keturios pagrindinės sveikatos ugdymo sritys: *sveikatos ir sveikos gyvensenos samprata*; *fizinė sveikata* (fizinis aktyvumas, sveika mityba, veikla ir poilsis, asmens ir aplinkos švara); *psichikos sveikata* (savivertė, emocijos ir jausmai, pozityvus mąstymas); *socialinė sveikata* (socialinis sąmoningumas, bendravimas, rizikingo elgesio prevencija), atspindinčios holistinę sveikatos sampratos turinį. Numatytos ugdymo gairės, apibrėžta mokinių gebėjimų raida, pasiekimai (žinios ir supratimas, gebėjimai, vertybinės nuostatos) ir turinio apimtys nuo pradinių klasių iki mokyklos baigimo, pabrėžiamas sveikatos ugdymui palankios aplinkos kūrimas. Naujoji programa remiasi aiškia sandaros struktūra, tačiau programos įgyvendinimas nėra iš esmės keičiamas ar atnaujinamas, paliekant universalaus sveikatos ugdymo turinio integravimą į įvairius mokomuosius dalykus (pavyzdžiui, dorinis ugdymas sudaro sąlygas ugdyti savojo Aš suvokimą, savo vertės jausmą ir savigarbą, bendravimo ir bendradarbiavimo etiką bei kultūrą, puoselėti savitarpio pagalbos, pagarbos, teisingumo, pakantumo nuostatas ir jausmus ir t. t. Gamtamokslinis ugdymas – suprasti ryšius tarp žmogaus kūno funkcijų ir fizinio aktyvumo, sveikos mitybos, poilsio ir kt. poreikių, numatyti veiklos pasekmes sau ir aplinkai. Kūno kultūra padės išsiugdyti sveikatą stiprinančio mankštinimosi ir fizinio aktyvumo poreikį, stiprins savistabos, savikontrolės ir saviugdos įgūdžius, atskleis fizinio ugdymosi galimybių ir judėjimo formų įvairovę, siejamą su fizinio pajėgumo didinimu, judesių kultūros gerinimu, sveikatos stiprinimu ir saviraiškos galimybėmis). Taip

pat mokyklų bendruomenėms keliama atsakomybė savarankiškai priimti sprendimus, susijusius su tiksliniu sveikatos ugdymo (apimančio prevenciją) programų įgyvendinimu, remiantis mokinių asmens sveikatos priežiūros duomenimis ir poreikiais.

Vis dėlto norėtusi atkreipti dėmesį į tai, kad nuolatinis sveikatos ugdymo programų turinio atnaujinimas (1994, 2000, 2008, 2012) nėra paremtas sistemingu jų praktinio įgyvendinimo (išskyrus pavienius mokslininkų tyrimus: Gudžinskienė, Česnavičienė, Suboč, 2007; Ustilaitė, Proškovienė, Juškelienė, Kalinkevičienė, 2008, 2009), gerosios mokyklų patirties taikant veiksmingus ir patikrintus modelius, probleminių klausimų, sveikatos ugdytojų kompetencijos vertinimu, todėl kokybiniai mokinių sveikatos ugdymo praktikos tobulinimo pokyčiai nėra analizuojami ir grindžiami mokslinių tyrimų išvadomis bei rekomendacijomis.

Lietuvos mokyklų pedagogų bendruomenėms neišvengiamai kyla klausimai, susiję su dalykų (biologijos, etikos, fizinės kultūros ir kitų) mokytojų kaip sveikatos ugdytojų veiklos, kompetencijos vertinimu ir koordinatoriaus atsakomybių skyrimu pedagogui ar kitam mokyklos specialistui, gebančiam vadovauti sveikatos ugdymo, formaliose ir neformaliose mokyklos, užmokyklinėse aplinkose procesui. Išlieka atviras ir keliantis diskusijas mokinių pasiekimų vertinimas, nors *Sveikatos ugdymo bendrojoje programoje* (2012) nurodoma, kad ugdant mokinių sveikatą turėtų būti taikomas formuojamasis, diagnostinis ir apibendrinamasis vertinimas, remiantis Mokinių pažangos ir pasiekimų vertinimo samprata, patvirtinta Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2004 m. vasario 25 d. įsakymu Nr. ISAK-256 (Žin., 2004, Nr. 35-1150). Vis dėlto sveikatos ugdymo rezultato – mokinių žinių, gebėjimų ir vertybinių nuostatų, susijusių su sveika gyvensena, vertinimas išlieka problematiškas dėl sveikatos ugdymo dalyko specifiškumo, kuriame turėtų vyrauti formuojamojo vertinimo strategijos ir neturėtų jis būti vertinamas kaip kiti mokomieji dalykai (pvz., matematika, istorija ir kt.).

3.2. Sveikatos ugdytojų kompetencija

Mokyklų bendruomenėse įsivyrąja supratimas, kad sveikatos ugdymo programų įgyvendinimas formuoja pozityvias sveikatos atžvilgiu mokinių

nuostatas ir gyvenseną, padeda jauniems žmonėms priimti tikslingus sprendimus įvairiose asmeninio gyvenimo situacijose, dalyvauti bendruomenės sveikatinimo projektuose. Tarptautiniai ir nacionaliniai švietimo ir sveikatos politikos dokumentai (Vaiko gerovės valstybės politikos koncepcija (Žin., 2003-05-30, Nr. 52-2316), Valstybinės švietimo strategijos 2003–2012 m. nuostatos (Žin., 2003-07-04, Nr. IX-1700), Vaiko gerovės valstybės politikos strategija ir jos įgyvendinimo priemonių 2005–2012 metų planas (Žin., 2005, Nr. 25-802), Vaikų sveikatos stiprinimo 2008–2012 metų programa (Žin., 2008-09-11, Nr. 104-3979)) pažymi sveikatos ugdymo ir prevencinių programų aktualumą, todėl sveikatos ugdytojų profesiniam rengimui ir tęstiniam jų kompetencijų tobulinimui turėtų būti teikiamas ypatingas dėmesys, kad būtų galima tenkinti kintančius mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos ugdymo poreikius ir įgyvendinti programas.

Lietuvos mokslininkai (Sajienė, 2001; Tamošiūnas, 2002; Proškuvienė, Zlatkuvienė, Černiauskienė, 1999) sveikatos ugdytojo kompetenciją sieja su įvairių mokslo sričių (biologijos, medicinos (anatomijos, fiziologijos, psichiatrijos, dietologijos, narkotikų prevencijos, higienos), edukologijos (socialinio ugdymo, sveikatos didaktikos), psichologijos (bendrosios, socialinės, bendravimo) žiniomis ir jų integruotu taikymu ugdymo praktikoje. Kiti autoriai pažymi asmenybinę sveikatos ugdytojo kompetenciją siedami su vertybinėmis nuostatomis ir gebėjimu ugdytiniams atskleisti sveikatos pirmenybę žmogaus vertybių sistemoje, lavinti ugdytinio gebėjimus spręsti problemas, ugdytis atsakomybę ir vidinį poreikį išsaugoti sveikatą, didinti asmens ir bendruomenės kompetenciją įgyvendinti pokyčius sveikatos apsaugos srityje. Pabrėžiamas sveikatos ugdytojo asmeninis pavyzdys, darantis poveikį mokiniams, atpažįstamas per asmeninės sveikos gyvensenos patirties sklaidą, rodant dėmesį, pagarbą sau ir kitiems. Sąveika su ugdytiniais grindžiama pagarba asmens teisėms ir orumui, svarbūs išlieka empatija, nesmerkimas, neteisimas, konfidencialumas ir kiti veiksniai, būtini sėkmingam sveikatos ugdymo procesui užtikrinti (Gumuliauskienė, Macaitienė, 2002; Adaškevičienė, 1999). D. Aukštikalnytė (1999) komunikacines sveikatos ugdytojo kompetencijas apibūdina kaip gebėjimus kalbėti prieš auditoriją, konsultuoti individualiai, rinkti ir perduoti informaciją žodinėmis ir nežodinėmis priemonėmis, veiksmingai naudotis informacinėmis technologijomis. Autorė

atkreipia dėmesį į bendrąsias sveikatos ugdytojo kompetencijas, tokias kaip užsienio kalbų mokėjimas ir kritinis mąstymas, taip pat taikomųjų tyrimų atlikimas, apimantis duomenų rinkimą ir rezultatų analizavimą bei vertinimą, apibendrinimą ir sklaidą, bendravimą ir bendradarbiavimą su asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros institucijomis, kitomis suinteresuotomis tarnybomis ir specialistais.

Užsienio šalių mokslininkai (Peterson, Randy, Cooper, Justin, Laird, 2001; Black, Furney, Graf, Nolte, 2010) atkreipia dėmesį į profesinio rengimo programas, užtikrinančias kiekvieno mokyklos sveikatos ugdytojo kompetencijas tokiose veiklų srityse kaip:

- sveikos gyvensenos ugdymas, apimantis 10 pagrindinių, Pasaulio sveikatos organizacijos apibrėžtų tradicinių temų (savęs ir kitų pažinimas; higiena; sveika mityba; fizinis aktyvumas; veikla ir poilsis; žmogaus sauga; aplinka ir sveikata; priklausomybių prevencija; lytinis ugdymas; ligų ir traumų prevencija);

- rizikingo elgesio prevencija, orientuota į universalias ir tikslines vaikų bei paauglių grupes, sveikatai palankių sprendimų priėmimo gebėjimų ugdymą, padedant mokiniams keisti savo elgesį, susijusį su rūkymu, alkoholio ar kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimu, dietų laikymusi, hipokinezija, tyčiniais ir netyčiniais sužalojimais, neatsakingu lytiniu elgesiu ir su tuo susijusiomis pasekmėmis (lytiškai plintančiomis infekcijomis, seksualine prievarta);

- sveikatą stiprinančios mokyklos aplinkų kūrimas, apimantis sveikatai ugdytis palankių aplinkų kūrimą, susijusį su kūno kultūra, sveikatos priežiūros, maitinimosi psichologinio konsultavimo paslaugomis, fizine ir psichosocialine mokyklos aplinka, visos mokyklos bendruomenės dalyvavimu ir tarpžinybiniu bendradarbiavimu;

- švietimo politika, remianti sveikatos ugdymą mokyklose, inicijuojanti nacionalines ir tarptautines programas;

- sveikatos ugdymo metodologija, apibrėžianti sveikatos ir sveikatos ugdymo teorines koncepcijas bei modelius, tyrimus ir didaktiką.

Lietuvoje pasigendama mokslinių tyrimų, kuriuose būtų analizuojamas ar vertinamas mokyklos sveikatos ugdytojų vaidmuo bei kompetencijos, reikalingos įgyvendinti formalias ir neformalias sveikatos ugdymo bei prevencines programas. Pavienės mokslinės publikacijos (Proškovienė,

Zlatkuvienė, Černiauskienė, 1997, 1999; Proškuvienė, Zlatkuvienė, Černiauskienė, Žilinskienė, 2000) pabrėžia pedagogų vaidmenį ir atkreipia dėmesį į tai, kad kiekvienas bendrojo ugdymo mokyklos mokytojas yra sveikatos ugdytojas, kad pedagogai aukštosios mokyklos studijų procese įgyja mokinių sveikatai ugdyti reikiamų kompetencijų ir geba:

- nacionalines sveikatos ugdymo programas taikyti mokyklos ugdymo praktikoje;
- integruoti sveikatos ugdymą į dėstomų dalykų programas;
- valdyti pagrindines žinias apie asmens, šeimos ir bendruomenės sveikatą;
- demonstruoti mokyklos sveikatos ugdymo programos sričių (fizinės, psichologinės, socialinės, dvasinės) supratimą;
- sveikatos ugdymą grįsti mokinio amžiaus tarpsnio raidos ypatumais ir poreikiais;
- veiksmingai formuoti sprendimo priėmimo įgūdžius, reikalingus sveikatai palankiam elgesiui susiformuoti;
- taikyti sveikatos ugdymo procese mokslinius informacijos šaltinius;
- skatinti šeimas ir bendruomenes tapti partneriais, ugdant mokinių sveiką gyvenimą;
- suprasti, kokį vaidmenį sprendimams, susijusiems su sveikata, daro kultūra ir asmeninės nuostatos;
- bendradarbiauti su multidisciplininėmis komandomis mokykloje ir bendruomenėje sprendžiant sveikatos klausimus / problemas ir skleidžiant sveikatos ugdymo patirtį (The 3rd European Conference on Health Promoting Schools, 2009).

Užsienio šalyse (JAV, Jungtinė Karalystė, Skandinavijos šalys) sveikatos ugdytojai pripažįstami kaip brandi savarankiška profesija, turinti apibrėžtą žinių sritį ir kompetencijas, vertinimo / sertifikavimo sistemą, etikos kodeksą, profesinę klasifikaciją ir pripažintus akreditavimo procesus aukštajame moksle. Sveikatos ugdymas remiasi socialiniais mokslais, kurie sudaro studijų aukštojoje mokykloje ir praktikos pagrindą. Norvegijos technologijos mokslų universitete (Norwegian University of Science and Technology²⁸) įgyvendinama magistro studijų lygmens konsultanto programa (Master of Science in Counselling), orientuota į sveikatos

²⁸ Norwegian University of Science and Technology <<http://www.ntnu.edu/studies/mraadg>>.

konsultavimo paslaugas asmenims, jų šeimos nariams, klientų ir specialistų grupėms sprendžiant su sveikata susijusias problemas ar klausimus. Jungtinėse Amerikos Valstijų universitetuose (Kaplan University, Ashford University, George Mason University) populiarios sveikatos edukologų magistro studijų programos, nukreiptos į bendruomenės sveikatos stiprinimo ir sveikatos ugdymo programų vadybą (planavimą, rengimą, koordinavimą ir įgyvendinimą) ir sveikatos informacinę sklaidą. JAV sveikatos edukologai dirba švietimo, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektoriuose²⁹. Kaplano universiteto sveikatos edukologijos magistro studijų apraše nurodoma, kad baigęs studijas asmuo gali atlikti sveikatos ugdytojo / mokytojo, visuomenės sveikatos mokytojo, bendruomenės sveikatos konsultanto, bendruomenės sveikatos ugdymo programų organizatoriaus pareigas³⁰. Reikjaviko universitete (Islandija) sveikatos edukologijos magistro studijų programa (Master of Education in Health and Education) rengia mokytojus, kurie dirba su specialiųjų poreikių vaikais ir suaugusiais, turinčiais mokymosi ir elgesio bei sveikatos raidos sunkumų. Tokios programos turinį sudaro sveikatos edukologijos ir visuomenės sveikatos studijų dalykai³¹. Mokyklų sveikatos konsultantai yra rengiami Kanados, Kinijos, Suomijos, Izraelio, Japonijos ir kitų šalių universitetuose ir jų veikla orientuojama į mokyklinio amžiaus vaikus, tėvus, mokytojus, mokyklos sveikatos ugdymo ir stiprinimo programų koordinavimą.

3.3. Mokyklos sveikatos ugdymo proceso dėmenys

Mokslo studijos pirmame skyriuje išryškintas sveikatos ugdytojų vaidmuo taikant teorinius modelius, tokius kaip elgesio pokyčių – elgesio pakeitimo, informacijos apdorojimo, telkiant asmens(-ų) dėmesį į informacijos pasiūlą ir jos apdorojimą; taikant sveikatos ugdymą, orientuotą į mokymąsi, pasitelkiant tikslus nurodymus; į asmenų mokymąsi atran-

²⁹ Health Education Degree Programs <<http://www.worldwidelearn.com/health/health-education/>>.

³⁰ americanjobecenter <<http://www.onetonline.org/link/summary/21-1091.00>>.

³¹ Master of Education in Health and Education <[http://www.masterstudies.com/Masters-Degree/Arts-Humanities-and-Social-Sciences/Education-and-Pedagogy/Master-in-Education/Iceland/Reykjavik-University/M.Ed.-\(Master-of-Education\)-in-Health-and-Education/](http://www.masterstudies.com/Masters-Degree/Arts-Humanities-and-Social-Sciences/Education-and-Pedagogy/Master-in-Education/Iceland/Reykjavik-University/M.Ed.-(Master-of-Education)-in-Health-and-Education/)>.

dant, pagal situaciją sprendžiant su sveikata susijusias problemas, panaudojant socialinį kontekstą; sveikatos ugdymą konstruojant įvertinus daugialypes perspektyvas – taikant ekologinį modelį praktikoje. Pažymimas mokyklos bendruomenės sutarimas, kad mokinių sveikatos ugdymas apima ne vien tik mokslines žinias ir jų sklaidą, mokinių instruktavimą, bet ir tai, kaip jauni žmonės pritaiko ar „praktikuoja“ tai, ką sužinojo ar išmoko.

Vaikų ir jaunimo sveikatos ugdymas siejamas su veiklos pedagogika, pasižymi praktiniu taikomuoju pobūdžiu, kai mokslinės žinios, kurias mokiniai įgyja ugdymo procese, taikomos kasdieniame gyvenime, yra susiejamos su pagrindiniais žmogaus poreikiais (pvz., mityba, judėjimu, asmens higiena, mokymosi ir gyvenamosios vietos aplinka ir kt.); bendruomeniniu tarpasmeniniu pobūdžiu, kai mokiniai įgyja bendros patirties dalyvaudami svarstant visuomenės / mokyklos bendruomenės problemas, kai asmuo ir jų grupės įsitraukia į sveikatos problemų sprendimo procesus, ugdomi pilietiškumą, atsakingumą bei kritinio mąstymo gebėjimus (Harrison, 2005).

Mokinių poreikius atliepiantis visapusiškas sveikatos ugdymas mokykloje, apimantis ir kritinių tikslinių problemų, darančių poveikį vaiko sveikatai, sprendimą, siejamas su proceso struktūra, ištekliais, veiklų vertinimu, padedančiu sveikatos ugdytojams siekti kryptingumo ir veiksmingumo. Sveikatos ugdytojai, modeliuojantys proceso dėmenis ir veiklas, numato jų loginę eigą pradinėse, vidurinėse ir vyresnėse klasėse, formaliose ir neformaliose mokyklos ugdymo aplinkose, apibrėžia bendradarbiavimo poreikius, susijusius su komandiniu darbu, naujų papildomų veiklų numatymu ir įgyvendinimu, atsakomybės pasidalijimu ir metodine pagalba, kompromiso paieška kilus nesutarimui ir bendradarbiavimo proceso refleksija (Tossavainen ir kt., 2004; Jociutė, 2002; Jociutė, Sabaliauskienė, 2009; Peterson, Cooper, Laird, 2001). Pavyzdžiui, mokyklų bendruomenės priima kolegialius sprendimus įgyvendinti tikslinį sveikatos ugdymo modelį, orientuotą į mokinių sveikatos nuostatų formavimą, sutelkiant dėmesį į elgesio tyrimų, teorijų ir praktinio taikomojo ugdymo bei vertinimo sąsajas. Mokslininkai (Peterson, Cooper, Laird, 2001) pabrėžia mokyklos sveikatos ugdymo proceso struktūros, integruojančios tyrimus ir teorinius modelius, būtinumą. Teigiama, kad tyrimai ir teoriniai modeliai suteikia ugdytojams patikimą ir empiriškai vertingą informaciją, kurią galima laikyti sveikatos

ugdymo praktikos pagrindu. Taip pat remiamasi nuostata, kad sveikatos informacija mokiniams turi būti teikiama iš empiriškai vertingų šaltinių, tokių kaip profesionalūs ir akademiniai žurnalai bei vadovėliai. Sveikatos ugdytojams svarbu suprasti biologinius, psichologinius ir socialinius veiksnius, kurie vienaip ar kitaip daro įtaką asmens(-ų) elgesiui ir sveikatai. Bet kuri asmens ir bendruomenės sveikatos ugdymo problema ar jų sritis gali būti atskleista parodant ištakas (kilnę) teorijoje ir tyrimuose.

Mokykla laikoma idealia vieta tyrimams atlikti, siekiant gauti duomenų apie psichologines, socialines vaikų ir paauglių grupių situacijas, veikiančias jų sveikatą, kaip reakcijas į gyvenimo sunkumus (tėvų skyrybos, gyvenamosios vietos pakeitimas, artimo šeimos nario mirtis), situacijas, susijusias su ūmia liga, lėtinio susirgimo būseną, savižudybę namuose, asmens ar šeimos narių tabako, alkoholio, narkotikų vartojimu, sveikatą stiprinančia ar sveikatą žalojančia elgsena. Duomenų rinkimas, kaip reikšmingas mokyklos sveikatos ugdymo proceso dėmuo, gali apimti asmenis, šeimas, siekiant pažinti visapusišką sveikatos istoriją, naudojant atitinkamas interviu technikas, įvertinti mokinių sveikatos problemas, remiantis jų pranešimais. Siekiama gauti duomenų apie vertybes ir įsitikinimus kultūriniu, religiniu aspektu, žinias apie sveikatos priežiūrą ir stiprinimą, mitybą, poilsį, fizinį aktyvumą, pažinimo, suvokimo gebėjimus, savęs suvokimo, seksualumą, streso toleranciją ir pagalbos sistemą, emocines problemas, stresą sukeliančias priežastis šeimoje, fizinę bei emocinę prievartą ir kita.

Mokslinėje literatūroje mokyklos aplinka, apimanti bendruomenės narių tarpusavio santykius, laikoma esmine sveikatos ugdymo proceso sudėtine dalimi. Pozityvi mokinio(-ių) patirtis mokyklos aplinkoje (geros sąlygos mokytis, pagalbos pasiekiamumas bei prieinamumas, mokytojų reikalavimų supratimas) vertinama kaip išteklius akademiniams pasiekimams ir sveikatai palaikyti. Priešingai, negatyvūs potyriai (menka įtaka ir nepatenkintas pagalbos, socialinio palaikymo poreikis, per dideli mokytojų ir tėvų reikalavimai) suprantami kaip rizikingos elgsenos prielaidos. Mokinio ryšio su mokykla ir pagalbos (psichologinės, socialinės, edukacinės, sveikatos priežiūros) jam įveikti kylančius sunkumus užtikrinimas – iššūkis ugdymo institucijų bendruomenėms ir pirmiausia mokytojams, siekiantiems kurti, taip pat plėtoti sveikatą remiančias (eko-

logines) mokyklos aplinkas, pripažįstant, kad tam įtakos turi organizaciniai struktūriniai ir funkciniai veiksniai, tokie kaip mokyklos ir klasės grupės dydis, mokinių lūkesčiai ir mokymo(-si) rezultatų reikalavimai, skatinantys mokytojus ir mokinius jų siekti, į mokinių orientuotos ugdymo metodikos, savivaldos, bendradarbiavimo su tėvais ir sveikatos ugdymo bei popamokinės veiklos galimybės (Waters, Cross, Runions, 2009; Jones, Axelrad, Wattigney, 2007; Kvieskienė, Indrašienė, Targamadžė, 2006; Bagdonas, 2003).

Profesionalaus rūpinimosi mokinių sveikata veiklų mokyklose plėtra remiasi supratimu, kad yra stiprus ryšys tarp sveikatos priežiūros ir ugdymo, o sveikatos priežiūros profesionalų ir pedagogų partnerystės vystymas gali pagerinti vaikų ir jaunimo sveikatos kokybę. Sveikatos ugdymo, įtraukiančio asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros, apimančios susirgimų prevenciją, klausimus, pripažįstama reikšminga mokyklos sveikatos ugdymo proceso struktūros dalimi. Mokyklos mediko – sveikatos ugdymo tojo vaidmuo orientuojamas į sveikus vaikus ir vaikus, turinčius asmens sveikatos priežiūros poreikių, jų tėvus ir mokyklos personalą, nustant su tuo susijusius sveikatos ugdymo poreikius, teikiant informaciją, sveikatos mokymą ir konsultavimą, ugdant savirūpos, sveikatos priežiūros vartotojo gebėjimus (Petrauskienė, Žydzūnaitė, 2008; Wold, Dagg, 2001; Zaborskis, Šumskas, 2000).

Apibendrinimas. Lietuvoje bendrojo ugdymo mokykloms skirtos bendrosios programos, kuriose integruota sveikatos ugdymo tematika, Sveikatos ugdymo bendroji programa bei jų turinys pastaruosius metus buvo ne kartą tobulinti, siekiant užtikrinti ugdymo kokybę. Sveikatos ugdymo programų turinio atnaujinimas orientuojamas į holistinės sveikatos sampratos ugdymą ir mokinių bendrąsias kompetencijas (mokėjimo mokytis, komunikavimo, pažinimo, socialine pilietine, iniciatyvumo ir kūrybingumo, asmenine ir kultūrine (viduriniame ugdyme)). Kita vertus, sveikatos ugdymo programų įgyvendinimas mokyklose nėra sistemingai vertinamas, nors minėtų programų taikymas ugdymo praktikoje gali būti apibūdinamas kaip sudėtingas procesas, pasižymintis kompleksišku, skatinantis mokytojus varijuoti ir ieškoti sveikatos ugdymo turinio integravimo į mokomųjų dalykų turinį būdų, taikyti mokinių amžiaus grupių

poreikius ir galias atitinkančias sveikatos ugdymo bei tikslines prevencines strategijas. Vis dėlto mokytojų edukacinės veiklos orientyras neatsietinas nuo egzaminų reikalavimų ar mokinių parengimo egzaminams, todėl tikėtina, kad mokytojai telkiasi ne į sveikatos ugdymo, o į atitinkamo dalyko ugdymo proceso tikslus ir rezultatus.

Lietuvoje bendrojo ugdymo mokyklų mokytojams suteikta atsakomybė integruoti *Gyvenimo įgūdžių ugdymo, Alkoholio, tabako, ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencijos, Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo* programas ir įgyvendinti neformalias mokinių amžiaus grupių poreikius atliepančias prevencines programas. Sveikatos ugdymo ir prevencinių programų įgyvendinimas šiuolaikinėje mokykloje negali būti laikomas sistemingu, nes remiasi atskirų mokytojų entuziastų veikla, pasižymi neišvystytu edukacinių veiklų koordinavimu ugdymo institucijos viduje (tarp dalykų mokytojų ir kitų mokykloje dirbančių specialistų) ir už jos (su kitomis suinteresuotomis institucijomis), sveikatos ugdymo veiklų mokiniams dubliavimu, paviršutinišku kartojimu ir fragmentacija. Stokojama sveikatos ugdymo ir prevencinių programų veiksmingumo vertinimo tyrimų.

Mokinių sveikatos ugdymo ir prevencinių programų įgyvendinimo bendrojo ugdymo mokyklose prielaida – sveikatos ugdytojų kompetencijos. Lietuvoje sveikatos ugdytojo statusas bei kompetencija nėra formaliai apibrėžti, vadovaujamasi bendrąja teorine nuostata, kad pedagogai yra pasirengę atlikti mokinių sveikatos ugdytojų vaidmenį, kuriam įgyvendinti aukštojoje mokykloje įgyja dalykinių ir bendrųjų pedagogo kompetencijų, leidžiančių tradicines universalias sveikatos bei sveikos gyvensenos temas integruoti į mokomojo dalyko ugdymo procesą ar popamokines veiklas, vykdyti neformalias prevencines programas ar projektus.

Pripažįstama, kad mokyklų sveikatos ugdytojai turi būti pasirengę vertinti kompleksinius socialinius, vaiko raidos ir susijusius su sveikata klausimus, kuriuos vaikai ir paaugliai atneša į mokyklą. Kita vertus, stokojama mokslinių tyrimų ir duomenų apie mokytojų ir kitų mokyklos sveikatos ugdytojų išteklius, kompetenciją, veiklos sąlygas, apimtis ir veiklos kokybę.

Užsienio šalyse sveikatos ugdytojai vertinami kaip savarankiška profesija, teikianti tikslines edukacines bei konsultacines paslaugas

švietimo įstaigose, visuomenės sveikatos tarnybose, vaikų ir jaunimo bendruomeninėse organizacijose, asmens sveikatos priežiūros aplinkoje, tarptautinėse organizacijose ir kitur, kur vykdoma sveikatos ugdymo veikla.

Sveikatos ugdymo ir prevencinių programų bendrojo ugdymo mokyklose įgyvendinimo prielaida – proceso struktūra ir edukacinių veiklų koordinavimas, siekiant individualių ir kolektyvinių tikslų. Mokyklos sveikatos ugdymo procesą sudaro loginės struktūros dėmenys, tokie kaip mokslinių tyrimų duomenų analizavimas ir mokinių sveikatos poreikių tyrimas bei aktualių duomenų analizavimas, sveikatos ugdymo prioritetų įvardijimas ir formalios bei neformalios programų patvirtinimas, pagrįstas teorinėmis koncepcijomis ir atitinkančiais modeliais, sveikatos ugdymuisi palankių aplinkų kūrimas, pozityvios sveikatos ugdymo patirties sklaida ir taikomieji tyrimai, padedantys vertinti programų įgyvendinimo kokybę bei veiksmingumą, mokyklos bendruomenės narių kompetencijų tobulinimo ir proceso išteklių poreikius, apribojimus bei trukdžius (žr. 13 lentelę).

13 lentelė. Mokyklos sveikatos ugdymo proceso dėmenys

Dėmuo	Charakteristikos	Pritaikymo sveikatos ugdytojo praktikoje pavyzdžiai
Mokslinių tyrimų (sveikatos elgesys) duomenys	Vaikų ir paauglių rizikingo elgesio tyrimai Nacionaliniai vaikų ir paauglių sveikatos tyrimai Epidemiologiniai tyrimai	Tyrimų duomenys padeda įvardyti sveikatos rizikos ir apsauginius veiksnius, lemiančius vaiko ir paauglio sveikatą. Mokinių sveikatos ugdytojai ugdymo procese remiasi mokslinių tyrimų duomenimis
Mokinių sveikatos poreikių tyrimas ir prioritetų atskiroje mokykloje apibrėžimas	Mokinių asmens sveikatos priežiūros duomenų ataskaitos Visuomenės sveikatos biurų ataskaitos	Išsiaiškinti mokinių sveikatos ugdymo(-si) poreikiai leidžia mokyklos sveikatos ugdytojui atrinkti aktualų sveikatos ugdymui turinį, numatyti priemones ir būdus
Sveikatos ugdymas	Formalus ir neformalus sveikatos ugdymas	Sveikatos ugdymo bendroji programa, prevencinės sveikatos ugdymo programos įgyvendinamos atskirų sveikatos ugdymo pamokų ar užsiėmimų metu ir (ar) sveikatos ugdymo temos integruojamos į kitus mokomuosius dalykus

13 lentelės tęsinys

Dėmuo	Charakteristikos	Pritaikymo sveikatos ugdytojo praktikoje pavyzdžiai
Teorija ir modeliai	Biologinės, elgesio ir mokymosi teorijos bei modeliai, kurių pritaikomumas remiasi sveikatos ugdymo poreikiais	Mokytojai, integruojantys sveikatos ugdymą į dalyko programą, remiasi teoriniais modeliais, kurių pagrindu kuriamos mokymo metodikos. Įgyvendinant tikslines programas remiamasi modeliais, turinčiais aiškią struktūrą, tikslus, uždavinius bei metodus, ir nuosekliai vykdomos gana ilgą laiką. Sveikatos ugdytojas – koordinatorius taiko bendruomeninius sveikatos ugdymo modelius.
Sveikatos ugdymui(-si) palankių aplinkų kūrimas	Sveikatos koncepcijų pateikimas, taikant aktyvaus mokymo metodus mokykloje ir bendruomenėje Fizinės mokyklos aplinkos pritaikymas Pozityvūs mokyklos bendruomenės tarpusavio santykiai Socioedukacinė pagalba	Mokymasis bendradarbiaujant Informacinių technologijų taikymas Aktyvaus mokymo metodų taikymas Poilsio zonų kūrimas
Mokinių sveikatos priežiūra ir sveikatos mokymas / ugdymas	Įtraukia mokyklos sveikatos priežiūros tiekimą, paslaugas ir priemones vaikams ir paaugliams	Sveikatos konsultavimas ir informavimas Savigalbos grupės Traumų ir nelaimingų atsitikimų, ligų prevencija Tikslinis sveikatos mokymas Bendruomenės sveikatos ugdymo programa
Pozityvios sveikatos ugdymo patirties sklaida	Projektai, renginiai, akcijos, kampanijos, savanoriška veikla mokyklos bendruomenėje ir už jos Žiniasklaidos įtraukimas	Pasidalijimas asmenine patirtimi, vykdamas sveikatos ugdymą (konferencijos, stovyklos, debatai ir kt.), inovacijų taikymas
Taikomieji tyrimai ir įvertinimas	Apima tyrimus, padedančius vertinti sveikatos ugdymo realybėje kylančius klausimus	Įgyvendintų programų vertinimas: mokinių ir kitų mokyklos bendruomenės narių žinių, nuostatų, elgesio pokyčių vertinimas Išteklių ir gautos naudos analizė.

LITERATŪRA

1. Adaškevičienė, E. *Vaikų sveikatos ugdymas pedagoginiu aspektu*. Vilnius: Lietuvos mokslo ir informacijos centras, 1999, p. 5–27.
2. Aukštikalnytė, D. Komunikacinė pedagogų kompetencija kaip pedagoginio bendravimo prielaida. *Acta Pedagogica Vilnensia*. 1999, 6: 12–22.
3. Balck, J.; Furney, St.; Graf, H.; Nolte, A. *Philosophical Foundations of Health Education*. Sant Francisco, Jossey-Bass, 2010.
4. *Better Schools through Health: The 3rd European Conference on Health Promoting Schools*. Conference Report, 15–17, June, 2009, Vilnius, Lithuania.
5. Černiauskienė, M.; Proškuvienė, R.; Zlatkuvienė, V. Mokytojas ir sveikatos ugdymas mokykloje. *Lietuvos mokyklai – 600 metų*. Konferencijos medžiaga. I tomas. 1997 m. balandžio 25–26 d. Vilnius, 1997, p. 181–185.
6. Harrison, J. (2005). Science Education and Health Connection: Locating the Connection. *Studies in Science Education*. 2005, 41: 51–90.
7. Gudžinskienė, V.; Česnavičienė, J.; Suboč, V. *Sveikos gyvensenos ugdymas mokyklose*. Mokslinio tyrimo ataskaita. 2007. Švietimo ir mokslo ministerija [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai/kiti/SVEIKOS%20GYVENSENOS%20UGDYMAS%20MOKYKLOSE.pdf>.
8. Jociutė, A. *Europos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas*. Sveikatą stiprinančių mokyklų projektas Lietuvoje: veikla, veiksmingumas, plėtros galimybės. Vilnius, 2002, 44 p.
9. Jociutė, A.; Sabaliauskienė, D. *Sveikatą stiprinančių mokyklų veiklos vertinimo praktinis vadovas*. Vilnius: Valstybinis aplinkos sveikatos centras, 2009.
10. Jones, S.; Axelrad, R.; Wattigney, W. Healthy and safe school environment, part II, physical school environment results from the School. School health Policies and programs Study 2006, *Journal of School Health*. 2007, 77 (8): 544–556.
11. Juškelienė, V.; Ustilaitė, S.; Proškuvienė, R.; Kalibatas, J.; Naudžiūtė, S. *11–12 klasių mokinių sveikata ir jos pokyčiai per 5 metus*. Mokslinio tyrimo ataskaita. Švietimo ir mokslo ministerija [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai/11_12_moks_sveik.pdf>.
12. Kvieskienė, G.; Indrašienė, V.; Targamadžė ir kt. *Pedagoginės psichologinės pagalbos mokykloje veiksmingumas*. Tyrimo ataskaita, 2006.
13. Mačiūnas, E.; Šurkienė, G.; Žeromskienė, D.; Namajunaitė, G.; Aleksejevaitė, D. *Sveikatos priežiūra mokykloje*. 2006. Prieiga per internetą: <http://oldvasc.sam.lt/mokykl_sveikat_priez.pdf>.
14. Obelenienė, B.; Pukelis, K. Lytinis švietimas Lietuvoje ir pasaulinė reprodukcinė ideologija. *Soter*. 2004, 13 (41): 109–125.

15. Peterson, Fred L.; Randy, J.; Cooper, R.; Justin, M. Laird. Enhancing Teacher Health Literacy in School Health Promotion: A Vision for the New Millenium. *Journal of School health*. 2001, Vol. 71, No. 4, p. 138–145.
16. Petrauskienė, A.; Žydzūnaitė, V. Mokyklos mediko vaidmens kompleksiškas ugdant mokinių sveikatą. *Specialusis ugdymas*. 2008,1 (18): 91–100.
17. Proškovienė, R.; Zlatkuvienė, V.; Černiauskienė, M. Kiekvienas mokytojas – sveikatos mokytojas? *Švietimo reforma ir mokytojų rengimas*. VI tarptautinė mokslinė konferencija: ugdymo kaita ir šiuolaikinės pedagoginės technologijos. Mokslo darbai. II dalis. 1999 m. rugsėjo 23–25 d. Vilnius, 1999, p. 113–120.
18. Proškovienė, R.; Zlatkuvienė, V.; Černiauskienė, M.; Žilinskienė, E. Mokytojų pasirengimas moksleivių sveikatos ugdymui. *Švietimo reforma ir mokytojų rengimas*. VII tarptautinė mokslinė konferencija: mokslas – studijos – mokykla. Mokslo darbai, 2000 m. lapkričio 22–24 d. Vilnius, 2000, p. 204–209.
19. Sajienė, L. Pedagoginiai gebėjimai slaugytojo kvalifikacijos struktūroje. *Pedagogika*. 2001, 51: 81–97.
20. Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. LR sveikatos apsaugos ministerija, 2000.
21. Tamošiūnas, T. Pedagoogo profesiniai gebėjimai: ekspertų nuostatų analizė. *Pedagogika*. 2002, 61: 194–199.
22. Tossavainen, K.; Turuen, H.; Jakonen, S.; Vertio, H. Health Promotional Education: differences between school nurses'health counselling and teachers'health instruction in the Finnish ENHPS. *Children and Society*. 2004, 18 (5): 371–382.
23. Trečiosios Europos konferencijos sveikatos stiprinimo mokyklose klausimais „Geresnė mokykla – sveikesnė mokykla“ nacionalinės dienos apžvalga. Vilnius, 2009 m. birželio 15–17 d. Prieiga per internetą: <<http://www.conference2009.lt>>.
24. Ustilaitė, S.; Kalinkevičienė, A.; Juškelienė, V. Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos įgyvendinimo situacija Lietuvos bendrojo lavinimo mokyklose. *Pedagogika*. 2009, 96: 109–115.
25. Ustilaitė, S.; Proškovienė, R.; Juškelienė, V.; Kalinkevičienė, A. *Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos įgyvendinimo galimybės*. Mokslinio tyrimo ataskaita, 2008. Švietimo ir mokslo ministerija [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai/kiti/Tyrimo_RS-LUprorgama_ataskaita.pdf>.
26. Waters, S.; Cross, D.; Runions, K. Social and Ecological Structures Supporting Adolescent Connectedness to School: A Theoretical Model. *Journal of School Health*. 2009, Vol. 79, No. 11.
27. Wold, S., Dagg, N. School Nursing: A Framework for Practice. *Journal of School Health*. 2001, 71 (8): 401–406.
28. Zaborskis, A.; Šumskas, L. *Slaugos specialistės darbas mokykloje*. Panevėžys, 2000.

Dokumentai

29. Alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencijos programa 2006 m. kovo 17 d. Nr. ISAK-494. Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/dokpaieska/forma_1.htm>.
30. Antrasis žingsnis (2004). Prieiga per internetą: <<http://www.bepatyciu.lt/mokykloms/kitos-smurto-prevencins-programos-diegiamos-lietuvoje/antras-zingsnis-second-step/>>.
31. Bendrosios programos I–X klasėms, 1997.
32. Gyvenimo įgūdžių ugdymo programa (2004). Prieiga per internetą: <http://www.ntakd.lt/visuomene/files/Gyvenimo_igudziu_ugdymo_programa.pdf>.
33. Lietuvos bendrojo lavinimo mokyklos bendrosios programos I–X klasės. (Projektas), 1994. Prieiga per internetą: <<http://www.pedagogika.lt/puslapis/bp.htm>>.
34. Lietuvos pažangos strategija *Lietuva 2030*. Prieiga per internetą: <<http://www.lrv.lt/bylos/veikla/2030.pdf>>.
35. Lietuvos sveikatos programa – 2020. Prieiga per internetą: <<http://www.lsp2020.lt/node/1>>.
36. Lietuvos švietimo koncepcija (1992). Prieiga per internetą: <<http://www.smm.lt/strategija/docs/srp/koncepcija/koncepcija1.htm>>.
37. Lions Ques/ Paauglystės kryžkelės. Prieiga per internetą: <<http://www.lions-quest.lt/index.php?id=156>>.
38. Ollweus (2007). Prieiga per internetą: <<http://www.bepatyciu.lt/lt/mokykloms/olweus-patyci-prevencins-programos-gyvendinimas-lietuvoje/>>.
39. Pagrindinio ugdymo bendrosios programos (2008). Prieiga per internetą: <http://portalas.emokykla.lt/bup/Puslapiai/pagrindinis_ugdymas_bendras.aspx>.
40. Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programa. Prieiga per internetą: <<http://www.smm.lt/ugdymas/docs/2007-02-07-ISAK-179.pdf>>.
41. Sveikatos ugdymo bendroji programa, 2012. Prieiga per internetą: <<http://www.smm.lt/ugdymas/bendras/docs/SVEIKATOS%20UGDYMO%20BENDROJI%20PROGRAMA.pdf>>.
42. Universaliosios sveikatos ugdymo bei rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos. Švietimo aprūpinimo centras, 2000.
43. Vaiko gerovės valstybės politikos koncepcija. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 52-2316.
44. Vaiko gerovės valstybės politikos strategija ir jos įgyvendinimo priemonių 2005–2012 metų planas. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 25-802.
45. Vaikų sveikatos stiprinimo 2008–2012 metų programa. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 104-3979.

46. Valstybinės švietimo strategijos 2003–2012 metų nuostatos. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. IX-1700.
47. Vidurinio ugdymo bendrosios programos (2008). Prieiga per internetą: <http://portals.emokykla.lt/bup/Puslapiai/vidurinis_ugdymas_bendras.aspx>.
48. Vidurinio ugdymo bendrosios programos (2008). Prieiga per internetą: <http://portals.emokykla.lt/bup/Puslapiai/vidurinis_ugdymas_bendras.aspx>.
49. Zipio draugai (2000). Prieiga per internetą: <http://www.vaikolabui.lt/?page_id=10>.

4. SVEIKATOS UGDYMO MOKYKLOJE 4.1. PRAKTIKA

4.1. Sveikatos ugdymo vaidmens įtvirtinimas mokytojo praktikoje

Minėta, kad šiuolaikinėje mokykloje sveikatos ugdymas turėtų tapti viena iš prioritetinių sričių, kurios veiksmingumas būtų paremtas ugdymo turinio nuoseklumo, tęstinumo ir bendradarbiavimo principais. Mokyklos, įgyvendindamos pradinio, pagrindinio ir vidurinio ugdymo bendrąsias programas, įpareigojamos sistemingai plėtoti sveikatos ugdymą (savęs pažinimą, sveiką mitybą, savikontrolę ir t. t.), skirti daugiau dėmesio mokinių kūno kultūrai, fizinio aktyvumo skatinimui socializacijos procese. Bendru švietimo politikų bei sveikatos ir edukologų sutarimu patvirtinta *Sveikatos ugdymo bendroji programa* (2012), siekiant užtikrinti sistemingą ir nuoseklų vaiko sveikatai stiprinti reikiamų kompetencijų ugdymąsi mokykloje, prisidėti prie vaiko dvasinio, fizinio, psichinio, socialinio pajėgumo ir gerovės. Programos įgyvendinimas siejamas su mokyklos bendruomenės sutelktu darbu, tai yra bendradarbiavimu tarp įvairių ugdymo sričių pedagogų ir kitų specialistų, bendromis mokyklos ir šeimos, mokyklos ir įvairių sveikatos bei sveikatinimo institucijų pastangomis.

Lietuvos mokyklų bendruomenių pedagogai yra įgiję gerosios patirties ugdydami mokinių asmenybinius ir socialinius (gyvenimo) įgūdžius, lemiančius sveikatai palankų elgesį, pastarąjį dešimtmetį įgyvendindami prevencines programas, tokias kaip *Alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencijos* (2006), *Gyvenimo įgūdžių ugdymo* (2003, 2005), patyčių ir smurto prevencijos programą *Olweus* (2007) ir kitas. Todėl pedagogai yra linkę ir ateityje plėtoti mokinių sveikatos ugdymą, būti aktyviais šio proceso įgyvendintojais.

Kita vertus, mokslininkai pastebi, kad atskiri trumpalaikiai prevenciniai projektai bei pavienės pamokos neužtikrina sąlygų mokinių sveikos gyvensenos įpročiams susiformuoti. Tai, kad sveika gyvensena dar nėra

tapusi kasdienio gyvenimo norma, parodo mokslinių tyrimų (Juškelienė ir kt., 2006; Mačiūnas ir kt., 2006; Gudžinskienė, Česnavičienė, Suboč, 2007; Ustilaitė, Proškuvienė, Juškelienė, Kalinkevičienė, 2008, 2009) rezultatai, atkreipiantys dėmesį ir į tai, kad nūdienos mokyklose stokojama nuoseklaus asmenybinių ir socialinių (gyvenimo) įgūdžių ugdymo, per mažai dėmesio skiriama sveikos gyvensenos įpročių formavimuisi. Vyrauja požiūris, kad mokyklų veiklos prioritetas – parengti mokinius egzaminams, o mokytojų įgyvendinamas sveikatos ugdymas (apimantis ir prevencines programas) pasižymi fragmentiškumu.

V. Juškelienės ir kt. (2006), S. Ustilaitės ir kt. (2008) tyrimų duomenys rodo, kad dauguma mokytojų pagrindinį dėmesį skiria savo dalyko mokymui, dėl to sveikos gyvensenos, socialinių įgūdžių ugdymas tampa antraeilis ar „pašalinis“ darbas, reikalaujantis papildomo laiko pasiruošti ir metodinių išteklių. Mokytojai atskirose pamokose integruoja dalyko vadovėliuose pateiktas sveikatos ugdymo temas ir aktualius mokiniams sveikatos bei gyvensenos klausimus aptaria klasės valandėlių metu, tačiau pripažįsta tam reikalingų kompetencijų poreikius. P. Pauluso (2009) teigimu, sveikatos ugdymas nebus veiksmingas, jeigu jis nebus tęstinis ir nuoseklus, vykdomas tam pasirėngusių mokytojų.

Šiuolaikiniai mokytojai turėtų atstovauti ir remti sveikatą stiprinančios (ekologinės) mokyklos perspektyvą, pažyminčią asmenų elgesio, aplinkos ir bendruomenės ryšius bei socialines kompetencijas. Perspektyvios vizijos ir strategijos pasirinkimas bei planavimas turėtų būti pedagogams ir visai mokyklos bendruomenei suprantamas ir aiškus, paremtas teoriniais modeliais, inovatyviais sveikatos ugdymo metodais, gerąja mokytojų patirtimi ir jos sklaida. Ekologinė perspektyva apima penkis susijusius lygmenis: 1) intrapersonalinį (asmenybinių) – psichologinių ir biologinių rizikos veiksnių nustatymą, asmens(-ų) ar jų grupių ugdymą(-si) suteikiant tam tikrų žinių, lavinant asmenybinius ir socialinius įgūdžius, keičiant požiūrį ir įsitikinimus, padedant suprasti elgesio ir aplinkos ryšius, galinčius lemti sveikatos pokyčius; 2) interpersonalinį (tarpasmeninį) – dėmesys kreipiamas į rizikos ir saugos veiksnis, susijusius su artimiausia mokinio(-ių) fizine aplinka, ir socialinius pagalbos gyvenamojoje aplinkoje tinklus; 3) institucinį – apibrėžiami organizacijoje / mokykloje esantys veiksniai, darantys poveikį asmens(-ų) elgesiui, kuriamos saugios

aplinkos programos; 4) bendruomeninį – priemonės ar veiklos nukreipiamos į bendruomenėje ir šeimose esančius veiksnius, lemiančius paramos ir palankius mokyklos bendruomenės narių, specialistų pagalbos ryšius; 5) visuomenės sveikatos politiką – remiami bendruomeninės plėtros įstatymai, teisės aktai ar kitų politinių klausimų vietiniu ir valstybiniu lygmeniu sprendimai, įgaliojimų mokykloms priėmimas, siekiant teigiamų pokyčių sveikatos stiprinimo srityje (Vamos, Zhou, 2009; Higgins, Begoray, MacDonald, 2009).

Sveikatos ugdymas mokytojų praktikoje turėtų remtis humanizmu ir mokymusi iš patirties, orientuotu į mokinio asmenybės raidą (Turunen, Tossavainen, Jakonen, Vertio, 2006). Taigi, plėtojant įprastą mokyklą sveikatą stiprinančios mokyklos link aktualu svarstyti mokytojo – sveikatos ugdytojo vaidmens tobulinimą.

Sveikatos ugdytojo vaidmens charakteristikos. Apibūdinti pedagogo – sveikatos ugdytojo vaidmenį nėra paprasta, nes tik pavienėse pastarųjų metų mokslinėse publikacijose randama duomenų apie šį vaidmenį, kuris varijuoja nuo eksperto ir sveikatos žinių perteikėjo link kartu besimokančio ir kuriančio besimokančiųjų bendruomenę klasėje, mokykloje ir už jos. L. Paakkaria, P. Tynjäläbo, L. Kannaso (2010) pažymi tai, kad sveikatos ugdytojas turi būti ne epizodiškas, o „tikrasis“ besimokančios mokyklos bendruomenės narys, gebantis kurti edukacines aplinkas, remiančias mokinių sveikatą, kurioje būtų stiprinama mokinio(-ių) savigarba ir pagarbos kitam(-iems) pripažinimas. Veiklos kryptys galėtų apimti numatytą sveikatos programoje žinių ir įgūdžių perdavimą bei pagalbą mokiniams tai pritaikyti praktikoje, holistinio požiūrio į asmens (mokinio) augimą rėmimą (kuriant palankias aplinkas, padedančias mokiniui(-iams) patirti ir palaikyti pagarbius, sąžiningus, bendradarbiaujančius ryšius), mokymosi bendruomenės kūrimą įtraukiant mokinius, besimokančiųjų nuostatų bei koncepcijų transformacijos supratimą ir rėmimą.

Teoriniu požiūriu Lietuvos bendrojo ugdymo mokyklose sveikatos ugdymui įgyvendinti yra sukurtos prielaidos, t. y. parengtos Pradinio, pagrindinio ir vidurinio ugdymo bendrosios programos, kuriose integruotos sveikatos ugdymo temos, taip pat parengta atskira Sveikatos ug-

dymo bendroji programa (2012) ir prevencinės programos (Alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencijos, Gyvenimo įgūdžių ugdymo, Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo). Mokytojai yra įpareigoti jas integruoti į mokomuosius dalykus ir popamokines veiklas. Kita vertus, sveikatos ugdymo praktinis įgyvendinimas mokytojams, nors ir turintiems patirties ugdyti mokinių gebėjimus, lemiančius sveikatai palankius sprendimus, vis dar kelia iššūkius. Ugdymo realybėje sveikatos ugdymas išlieka problemiškas, susijęs su mokytojų vidiniu nusiteikimu ir iniciatyva, kompetencijos tobulinimu bei pagalbos jiems būtinumu, profesionaliai atliekamo darbo pripažinimu ir pasiekimų vertinimu.

Mokytojo – sveikatos ugdytojo vaidmens raiškos tyrimas. Savitai mokytojo, kaip sveikatos ugdytojo, vaidmens raiškai atskleisti pasirinktas kokybinis tyrimo metodas, leidžiantis atskleisti tiriamą reiškinį per unikalų mokytojo patirtį. Taikytas kokybinės turinio analizės metodas, siekiant nustatyti esminius tiriamo reiškinio požymius ir atskleisti naujus aspektus, juos iliustruojant (diskutuojant) pasitelkiant kitų mokslinių tyrimų duomenis ar išvadas. Duomenys rinkti interviu metodu. Buvo pasirinkta interviu forma iš anksto numatant tyrimo klausimus. *Kaip mokytojas supranta savo kaip sveikatos ugdytojo vaidmenį? Kas skatina ir kas trukdo mokytojui įgyvendinti sveikatos ugdymo procesą mokykloje? Kaip ir kokius sveikatos ugdymo rezultatus atpažįsta mokytojas? Kaip mokytojas vertina savo kaip sveikatos ugdytojo veiklą ir kompetencijas? Kaip mokytojas vertina kitų specialistų dalyvavimą mokinių sveikatos ugdymo procese?*

Kokybinė turinio analizė apėmė trijų lygių refleksiją (Bitinas, Rupšienė, Žydžiūnaitė, 2008), todėl atlikdamos tyrimą tyrėjos: 1) nustatė teorinį „rėmą“, kurio pagrindu analizavo teksto medžiagą; 2) reflektavo savo turimą patirtį ir nuostatas, kad šios nebūtų „įjungtos“ į teksto analizę; 3) pasirinko ir reflektavo metodologines ir metodines nuostatas, kurios buvo naudojamos atliekant kokybinę turinio analizę. Tekstas nagrinėjamas, formuluojamos kategorijos ir subkategorijos, jos interpretuojamos ir atsakoma į tyrimo klausimus

Kokybinio tyrimo dalyvių atrankos kriterijai: informantų imtis yra kokybinė (tikslinė), t. y. yra parinkti nagrinėjamos srities (ugdymo) specia-

listai (5 informantai), pajėgūs atsakingai samprotauti apie tiriamą reiškini. Tyrimo informantais pasirinkti biologijos ir kūno kultūros mokytojai, integruojantys sveikatos temas į savo dalyko programas, turintys ne mažiau kaip 5 metų mokinių sveikatos ugdymo patirties ir įgyvendinantys popamokines mokinių sveikatos ugdymo priemones.

Tyrimo etika. Mokytojai buvo supažindinti su tyrimo aplinkybėmis, argumentuojant jų dalyvavimo svarbą. Vadovautasi anonimiškumo, savanoriškumo ir geranoriškumo principu, gaunant mokyklų vadovų pritirimą atlikti tyrimą. Tyrėjos išipareigojo tyrimo dalyviams, kad nebus skelbiama informacija, susijusi su konkrečia ugdymo institucija ir asmeniu. Tiriamieji turėjo teisę atsisakyti dalyvauti tyrime. Interviu buvo atliekamas aplinkoje, kurioje pageidavo informantai.

4.1.1. Sveikatos ugdymui palankios edukacinės aplinkos kūrimas

Mokslinėje literatūroje skiriamos edukacinės ir mokymosi aplinkos. Edukacinė aplinka specialiai sukuriamą ugdymo tikslais ir yra veikiamą edukatoriaus(-ių). Edukacinė aplinka yra nulemta tikslo, besimokančiųjų mokymosi pajėgumų, turinio, metodų ir priemonių, fizinių įgyvendinimo sąlygų ir edukacinį tikslą įgyvendinančių žmonių (mokytojo, auklėtojo ar kitų ugdytojų). Asmeninė mokymosi aplinka apima: a) mokymosi tikslą; b) vietą ir erdvę, kurios ribas besimokantysis yra linkęs suvokti kaip asmeninę mokymosi aplinką; c) aktualią besimokančiajam informaciją; d) jam suprantamas ir priimtinas komunikacijos priemones ir metodus; e) kitus mokymosi aplinkoje veikiančius asmenis. Įvardijama ir potenciali mokymosi aplinka, susidaranti iš žmogaus veiklos situacijų, žmogaus dalyvavimo bendroje su kitais asmenimis veikloje, kuriai vykstant keičiamasi informacija (Jucevičienė, 2008).

Taigi mokinių sveikatos ugdymo tikslui pasiekti edukacinės aplinkos kūrimas neatsiejamas nuo sveikatos ugdytojo vaidmens, turinio suvokimą paremiančių ugdymo formų, metodų bei priemonių.

Išnagrinėjus informantų atsakymus į atvirąjį klausimą: *kas skatina mokytoją dalyvauti mokinių sveikatos ugdymo procese?*, gautos 8 kategorijos (žr. 14 lentelę).

14 lentelė. Skatinančios mokytoją dalyvauti mokinių sveikatos ugdymo procese kategorijos ir subkategorijos

Kategorijos	Subkategorijos
Kvalifikacijos kėlimo kursai	Geri mokymo kursai
	Nuostatas formuojantys mokymai
	Motyvaciją formuojantys mokymai
	Gera mokymo programa, kuri nuolat atnaujinama
Metodiškai organizuotas darbas	Konkrečiai apibrėžtas darbas
	Konkrečios rekomendacijos ir metodinė medžiaga pagal dalykus
	Parengta aiški programa (dalyko)
Tinkamos aplinkos sukūrimas	Tinkamos aplinkos sukūrimas
	Sąlygų sudarymas
Mokytojų bendradarbiavimas	Kitų dalykų mokytojų bendradarbiavimas
Direktoriaus liepimas	Direktoriaus liepimas
Gera dirbamo darbo atpažinimo poreikis	Žinojimas, kaip gerai dirbti
	Žinojimas, kaip tinkamai dirbti
Savirealizacijos poreikis	Vidinis savirealizacijos poreikis
	Vidinis savęs vertinimo poreikis
	Vidinis poreikis dirbti bendruomenės labui
Asmeninis domėjimasis ir patirtis	Biologijos mokytojų domėjimasis
	Biologijos mokytojų patirtis

Kvalifikacijos kėlimo kursai. Mokytojai savo dalyvavimą sveikatos ugdymo procese sieja su kokybiškais kvalifikacijos tobulinimo kursais, kurie turėtų padėti mokytojui susiformuoti sveikatos ugdymui reikalingas nuostatas ir sustiprintų motyvaciją vykdyti integruotą sveikatos ugdymo programą mokykloje. Taip pat informantai pabrėžia kvalifikacijos kėlimo kursų programų nuolatinio atnaujinimo poreikį. Sveikatos ugdymą įgyvendinančių mokytojų teigimu: „*Reikia, kad mokytojas būtų gerai motyvuotas ir turėtų gerą mokymų programą ir ta programa nuolatos turėtų būti atnaujinama.*“ Viena vertus, kvalifikacijos kėlimo kursai mokinių sveikatos ugdymo klausimais yra nuolatos rengiami ir rekomenduojami, kita vertus, galima įžvelgti, jog jų kokybė ne visuomet atitinka mokytojų lūkesčius.

Metodiškai organizuotas darbas. Metodiškai organizuotą darbą mokytojai supranta kaip konkrečiai apibrėžtą: su aiškia dalyko programa, metodinėmis rekomendacijomis ir metodine mokymo medžiaga. Kadangi dabartiniu metu bendrojo ugdymo mokykloje sveikatos ugdymas turėtų būti privalomai integruojamas į visus mokomuosius dalykus: „*Kiekvieno dalyko mokytoji turi būti labai konkrečiai apibrėžta, ką jis turi padaryti.*“ Mokytojai norėtų ir „<...> tokių rekomendacijų, kaip jis tai turėtų daryti, ką jis turi pateikti <...> ir metodinės medžiagos, kad jam nereikėtų papildomai ruoštis.“ Jie tikisi, kad „<...> kažkas paruoš, išvardys tas temas, kur bus paruošta visiems aiški programa <...>.“ Matyti tai, jog mokytojai, norėdami integruoti sveikatos ugdymo temas į savo dėstomo dalyko pamokas, turėtų papildomai ruoštis: skirti laiko mokymo priemonėms ir medžiagai paruošti. Kyla klausimas: jeigu sveikatos ugdymo temos nėra integruotos į dalykų bendrąsias programas, o įvairių dalykų mokytojai privalo jas integruoti, ar sveikatos ugdymo temas mokytojai turėtų dėstyti savo dalykų valandų sąskaita ir skirti laiko pasirengimui?

Tinkamos aplinkos sukūrimo kategorija yra sietina su metodiškai organizuoto darbo kategorija, nes informantai išskiria sveikatos ugdymui reikalingos tinkamos aplinkos ir sąlygų sudarymą. Vis dėlto diskutuotina, ar sveiką gyvenseną skatinantis mokytojas turi jausti didesnę atsakomybę ir prisiimti papildomą darbo krūvį nei kitų dalykų mokytojai. Ar sveikatos ugdymas mokykloje būti suprantamas kaip papildoma, savanoriškai prisiimama mokytojo pareiga?

Mokytojų bendradarbiavimas. Mokytojų lūkestis, ugdant mokinių sveikatą, yra susijęs su kitų dalykų mokytojų bendradarbiavimu ir tai vertinama kaip viena iš mokytojų skatinančių dalyvauti priemonių.

Darytina įžvalga, jog vis dėlto stokojama mokytojų bendradarbiavimo patirties, integruojant sveikatos ugdymo temas į bendrąjį ugdymo procesą.

Direktoriaus liepimas. Sveikatos ugdymo temų integravimas į dalykų programas neretai gali būti „nuleidžiamas iš viršaus“: „<...> tai turi direktorius liepti į savo planus įsitraukti temas <...>“ Todėl galima daryti prielaidą, kad sveikatos ugdymo temų dėstymas mokytojams yra primetamas.

Gera dirbamo darbo atpažinimo poreikis. Mokytojams yra svarbu žinoti, kaip sveikatos ugdymo srityje gerai ir tinkamai dirbti. Viena iš informančių nurodė, jog „<...> *jeigu tu žinai, kad darai gerai ir gerai dirbi <...>“*, tai veikia kaip skatinanti priemonė.

Savirealizacijos poreikis. Mokytojai sveikatos ugdymo įgyvendinimą sieja su savirealizacija, savęs vertinimu ir nenori blogai dirbti, ypač spaudžiami išorės (direktoriaus, mokyklos bendruomenės) (žr. 15 lentelę).

15 lentelė. Savirealizacijos poreikis

Kategorija	Subkategorija	Išrodantys teiginiai
Savirealizacijos poreikis	Vidinis savirealizacijos poreikis	<...> <i>žmogus pats iš savo vidaus, jis nenori dirbti blogai <...> dėl savirealizacijos <...></i>
	Vidinis savęs vertinimo poreikis	<...> <i>žmogus pats iš savo vidaus, jis nenori dirbti blogai <...> dėl savęs vertinimo <...></i>
	Vidinis poreikis dirbti bendruomenės labui	<...> <i>žmogus pats iš savo vidaus, jis nenori dirbti blogai <...> dėl bendruomenės kažkokio požiūrio.</i>

Galima daryti prielaidą, jog mokytojai išgyvena abejones dėl to, kad sveikatos ugdymas bendrojo ugdymo mokykloje nėra pakankamai apibrėžtas. Mokytojui nėra aišku, kokia jo asmeninė atsakomybė už mokinių sveikatos ugdymą.

Asmeninis domėjimasis ir patirtis. Informantai sveikatos ugdymą sieja su asmeniniu mokytojo domėjimusi ir patirtimi šioje srityje. Tradiciškai biologijos mokytojai vertinami kaip turintys „<...> *kažkokių patirčių šioje srityje <...>*“ ir daugiau motyvuoti ugdyti mokinių sveikatą, nes biologijos dalyko programos turinys apima sveikatos temas. Informantai pastebi, kad jei „*jam pačiam yra priimtinas sveikas gyvenimo būdas, jis puikiai viską išaiškins ir jam tų žinių šiais laikais gauti yra visiškai nesudėtinga, tiesiog mokytojas, kad suvoktų, kad norėtų, kad dirbtų, kad veiktų, kad darytų. Jis pats pavyzdys turi būti ir pats tuo gyventi.*“ Kyla klausimas: kaip turėtų elgtis kitų dalykų mokytojai, kurie nesidomi ir neturi asmeninės patirties ugdyti mokinių sveikatą.

Išanalizavus interviu turinio duomenis, išryškėjo, kad mokytojus dalyvauti mokinių sveikatos ugdymo procese skatina išorinės pagalbos struktūra: kokybiški kvalifikacijos kėlimo kursai, metodiškai organizuotas darbas ugdymo įstaigoje, sveikatos ugdymui palanki aplinka, apimanti bendradarbiavimą su kolegomis bei mokyklos administracijos paramą; ir vidinis mokytojo nusiteikimas: savirealizacijos, savęs vertinimo, gerai atliekamo darbo, asmeninio domėjimosi ir patirties ugdyti mokinių sveikatą poreikiai. Taigi išorinės pagalbos struktūra ir vidinis mokytojo nusiteikimas padeda mokytojui kurti edukacines aplinkas, remiančias visų dalyvaujančių ugdymo procese sveikatą

Išnagrinėjus informantų atsakymus į atvirąjį klausimą: *kas, Jūsų supratimu, mokytojui trukdo įgyvendinti sveikatos ugdymą mokykloje?*, gautos 7 kategorijos (žr. 16 lentelę).

16 lentelė. Mokinių sveikatos ugdymo įgyvendinimo trukdžius, apibūdinančios kategorijos ir subkategorijos

Kategorijos	Subkategorijos
Mokyklos bendruomenės nepakankamas suvokimas kūno kultūros ir sveikos gyvensenos pamokų svarbos	Nepakankamas fizinės sveikatos ugdymas
	Fizinio aktyvumo skatinimo stoka
	Kūno kultūros programos tikslai neatliepia sveikatos ugdymo tikslų
	Kūno kultūros pamokos vizijos nebuvimas
	Kūno kultūros pamokų pakeitimas kitomis
	Mažai kūno kultūros pamokų
	Kūno kultūros dalyko nuvertinimas
	Sveikos gyvensenos dalyko nuvertinimas (tėvų vertinimo požiūris)
	Nuostatos į sveikatą trūkumas
Mokyklos bendruomenės nuostatos, nepalankios kūno kultūrai	Vaiko fizinio aktyvumo slopinimas
	Trūksta visuomenės palaikymo kūno kultūros dalykui
	Trūksta tėvų palaikymo kūno kultūros dalykui
	Trūksta kitų mokytojų palaikymo kūno kultūros dalykui
	Trūksta mokyklos administracijos palaikymo kūno kultūros dalykui

Kategorijos	Subkategorijos
Tėvų supratimo vaikų fizinio aktyvumo atžvilgiu stoka	Gydytojų ir tėvų susitarimas dėl kūno kultūros pamokų nelankymo
	Tėvų tarpininkavimas vaikui nelankyti kūno kultūros pamokos
Bendradarbiavimo tarp mokyklos specialistų stoka	Bendradarbiavimo ir geranoriškumo iš kolegų stoka
Palankios fizinės aplinkos fizinio aktyvumo ugdymui stoka	Sporto salių trūkumas
	Vaiko fizinio aktyvumo slopinimas, susijęs su sąlygų nebuvimu
	Per didelės mokinių grupės vienu metu
Atskiuro finansavimo sveikatos ugdymui poreikis	Finansavimo stoka
	Atskiuro finansavimo sveikos gyvensenos moduliui stoka
Mokymo metodinių priemonių trūkumas	Pinigų sveikatos ugdymo priemonėms stoka
	Demonstravimo ir vaizdumo priemonių ugdant sveiką gyvenseną stoka / trūkumas

Mokyklos bendruomenės nepakankamas suvokimas kūno kultūros ir sveikos gyvensenos pamokų svarbos. Kūno kultūros pamokos bendrojo ugdymo mokykloje tikslas „ugdyti mokinių sveikatą stiprinančio fizinio aktyvumo nuostatas bei gebėjimus ir sistemingo fizinio aktyvumo įpročius“³². Kūno kultūros pamokų metu mokiniai turėtų ugdytis sveikatą stiprinančio fizinio aktyvumo poreikį, lavinti motoriką ir kūno laikyseną, judesių kultūrą, tenkinti natūralų poreikį judėti. Kita vertus, informantai sako, kad „<...> per kūno kultūros pamokas pas mus <...> nėra tokios vizijos, kad vaikas daugiau judėtų <...>. Reikia, kad daugiau judėtų, duoti jiems tikslus, reikalavimus <...> aš nesakau, kad ten kažkokių rezultatų siektų ar ypatingo sportinio meistriškumo <...> dabar paprasčiausio testo neatlieka <...>. Šiandien vaikų funkcinis pajėgumas labai žemas <...>. Ta prasme mes kažkiek mokom, kažkiek ugdome, bet tai yra daugiau palaikomojo pobūdžio ugdymas.“ Matyti, jog informantai nuogaustauja dėl sumažėjusio vaikų fizinio aktyvumo bei fizinio pajėgumo ir teigia, jog „per kūno kultūros pamokas labai mažai ugdoma ir fizinė sveikata“. Kyla klausimas: kodėl taip yra?

³² Bendrosios ugdymo programos. Pagrindinis ugdymas. Kūno kultūra. Prieiga per internetą: <http://portalas.emokykla.lt/bup/Puslapiai/pagrindinis_ugdymas_kuno_kultura_uzdaviniai.aspx>.

Mokyklos bendruomenės nuostatos nepalankios kūno kultūrai. Iš interviu duomenų matyti, jog priežastys glūdi mokyklos bendruomenės nuostatose: „<...> dažnai kūno kultūros pamokos pakeičiamos kitomis <...>, kūno kultūros dalykas tarsi jis toks yra nepirmas, ne ypač reikšmingas, ne ypač svarbus“ (žr. 17 lentelę).

17 lentelė. Mokyklos bendruomenės palaikymo kūno kultūrai stoka

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginiai
Mokyklos bendruomenės palaikymo kūno kultūrai stoka	Vaiko fizinio aktyvumo slopinimas	<...> nuo darželio vaikams sakoma nebėk, neskubėk, nelakstyk, sukaisi, peršalsi, susimuši, susižeisi, pargriūsi, ta prasme slopinamas vaiko judėjimas.
	Trūksta visuomenės palaikymo kūno kultūros dalykui	<...> trūksta ir nuostatų, formavimo prasme labai trūksta tos aktyvios paramos iš visuomenės <...> <...> ta visuomenės nuomonė, formuojanti, kad nereikia to aktyvaus sportavimo <...>.
	Trūksta tėvų palaikymo kūno kultūros dalykui	<...> trūksta ir nuostatų, formavimo prasme labai trūksta tos aktyvios paramos <...> iš tėvų <...>. <...> tėvų pozicija yra tokia, kad tai nėra svarbus dalykas <...>.
	Trūksta mokyklos administracijos palaikymo kūno kultūros dalykui	<...> trūksta ir nuostatų, formavimo prasme labai trūksta tos aktyvios paramos <...> mokyklos administracijos <...>. <...> vadovybės pozicija yra tokia, kad tai nėra svarbus dalykas <...>.
	Trūksta kitų mokytojų palaikymo kūno kultūros dalykui	<...> trūksta ir nuostatų, formavimo prasme labai trūksta tos aktyvios paramos <...> ir kitų mokytojų. <...> kūno kultūrai mokykloje ir auklėtojų pozicija yra tokia, kad tai nėra svarbus dalykas <...>.

Galima įžvelgti, jog ugdymo įstaigos edukacinė aplinka dėl tėvų, mokyklos administracijos, kitų mokytojų bei auklėtojų paramos stokos nėra palanki, kad susidarytų mokinių sveikatą stiprinančio fizinio aktyvumo nuostatos ir fizinio aktyvumo įpročiai.

Tėvų supratimo vaikų fizinio aktyvumo atžvilgiu stoka. Mokytojai pastebi tendenciją, kad tėvai tarpininkauja vaikui nelankyti kūno kultūros

pamokų, parašydami „*vaikams pateisinimo lapelius visiškai be priežasties, kad vaikas nelankė kūno kultūros*“. Kitu atveju ir „*gydytojai <...> rašo dažnai „iš lempos“ tas sveikatos grupes, rašo parengiamąją, arba atleidžia, nu, reikia tėvai nuvažiuoja, susitaria, apsisaugodami, o iš tikrųjų daro didelę žalą*“. Matyti, jog tėvai nepakankamai supranta, jog kūno kultūros pamoka „*yra skirta būtent tam vaikui, kad jis galėtų pajudėti*“. Galima pastebėti, kad tėvai nuvertina kūno kultūros pamoką, o mokytojai, matyt, neturi įtakos tėvų sprendimui „*<...> mes tėvų niekaip įtakot negalim, jie rašo tuos pateisinimo lapelius ir visas gaunasi kaip ir savaime suprantami dalykai*“.

Palankios fizinės aplinkos fizinio aktyvumo ugdymui stoka. Informantai taip pat pabrėžia tinkamų sąlygų fizinio aktyvumo ugdymui poreikį, kuris siejamas su sporto salių trūkumu („*visam Vilniuje nėra tokių klasių, kur vaikai galėtų dirbti didžiojo sporto salė normaliom sąlygom*“), per didelėmis mokinių grupėmis sporto salėje („*<...> 20 merginų grupėje yra blogai, nes yra reikalingas individualus priėjimas prie kiekvieno mokinio, ypač vyresniųjų klasių mokinių*“).

Informantai, apibūdindami sveikatos ugdymo įgyvendinimą bendrojo ugdymo mokykloje, kaip vieną iš svarbių dėmenų pabrėžė kūno kultūros pamokas, kurios skirtos mokinių fiziniam aktyvumui stiprinti. Sveikatos ugdymas mokykloje nėra tik kūno kultūros pamokos, todėl informantai pažymi ir **bendradarbiavimo tarp mokyklos specialistų stoka**: „*<...> pasigendami kartais bendradarbiavimo, geranoriškumo ir kolegų tarpe*“. Kyla klausimas: ar sveikatos ugdymo įgyvendinimas mokykloje turėtų remtis vien tik mokytojų geranoriškumu, o ne organizuotu visos mokyklos bendruomenės bendradarbiavimu?

Atskiro finansavimo sveikatos ugdymui poreikis. Sveikos gyvensenos modulis bendrojo ugdymo mokykloje nėra suprantamas kaip lygiavertis su kitais mokomaisiais dalykais (pvz., matematika, užsienio kalbos ir kt.). Taip galėtų būti dėl to, kad mokykla pagrindinį dėmesį ir moksleivio krepšelio pinigus skiria dalykams, iš kurių mokiniai laiko egzaminus. Informantai pastebi, kad „*<...> atskira eilutė turėtų būti moksleivio krepšelyje skirtų pinigėlių sveikatos ugdymui mokykloje ir ta eilutė turėtų būti aprašyta ir nurodyta, kam jie gali būti skiriami*“.

Mokymo metodinių priemonių trūkumas. Vaizdinės mokymo priemonės yra vertinamos kaip labai svarbus dalykas, ugdant mokinių sveiką gyvenimą, „<...> pavyzdžiui, pademonstruoti, parodyti vaikams va tuos sveikos gyvensenos ugdymo ypatumus“. Kita vertus, metodinių priemonių įsigijimas reikalauja papildomų materialinių išteklių: „aš, pavyzdžiui, esu mačiusi modelį labai gražų apie rūkymo poveikį sveikatai, plaučiams. Jie kainuoja fantastinius pinigus, o mes neturim tokių pinigų.“

Kurdami sveikatos ugdymo edukacinę aplinką, mokytojai susiduria su trukdžiais, kurie atsiranda dėl mokyklos bendruomenės nepalankių nuostatų kūno kultūros ir sveikos gyvensenos pamokų atžvilgiu, bendradarbiavimo tarp mokyklos specialistų stygiaus, nepakankamai pritaikytos aplinkos fiziniam aktyvumui skatinti, mokymo metodinių priemonių ir finansavimo sveikatos ugdymui trūkumo. Galima daryti prielaidą, kad išryškintos kliūtys stabdo nuoseklų ir kryptingą sveikatos ugdymo įgyvendinimą bendrojo ugdymo mokykloje.

Išnagrinėjus interviu klausimo: *kokius sveikatos ugdymo rezultatus atpažįstate?* turinio duomenis, gautos 4 kategorijos (žr. 18 lentelę).

18 lentelė. **Mokinių sveikatos ugdymo(-si) rezultatų atpažinimą apibūdinančios kategorijos ir subkategorijos**

Kategorijos	Subkategorijos
Sunkus sveikatos ugdymo rezultatų suradimas ir pamatymas	Rezultatai sunkiai surandami ir pamatomi
	Rezultatas kaip konkretus dalykas
	Rezultatas konkretus, pamatuojamas, matomas
Mokinių elgesio pokyčiai	Mažiau rūko, metė rūkyti
Ugdymo rezultatas kaip mokinių ir pačių mokytojų pozityvi emocinė reakcija į mokymo(-si) procesą	Teigiami rezultatai klasėje
	Mokymų nauda emocinei, socialinei, fizinei sveikatai
	Mokiniai sužavėti
	Ryškus poveikis
	Milžiniškas poveikis
Mokinių noras dalyvauti	Dalyvaujantys vaikai
	Domėjimasis sveiku gyvenimo būdu

Sunkus sveikatos ugdymo(-si) rezultatų suradimas ir pamatymas. Mokinių sveikatos ugdymo(-si) rezultatas – sveikatai palankus elgesys,

kuris formuojasi, įgyjant tam reikalingų žinių, gebėjimų ir vertybinių nuostatų. Tai ilgas, dinamiškas procesas, trunkantis visą žmogaus gyvenimą, kurio rezultatus atpažinti ir išmatuoti nėra paprasta. Iki šiol mokinių sveikatos ugdymo(-si) rezultatų vertinimo kriterijai nėra apibrėžti. Todėl ir mokytojui, ugdančiam mokinių sveikatą, labai sunku vertinti savo darbo rezultatus („*galiu pasakyti, kad labai sunkiai tuos rezultatus galima surast ir pamatyti*“). Mokytojai norėtų, kad būtų aiškiai apibrėžti mokinių sveikatos ugdymo(-si) rezultatai, ir jie būtų konkretūs („*tai man va tas toks labai konkretus dalykas. Aš, pavyzdžiui, labai mėgstu konkrečius dalykus*“), pamatuojami ir matomi („*tai man atrodo, kad čia yra labai konkretus dalykas, kurį va gali paimt ir pamatuot, matomas*“). Taigi matyti, kad mokytojai kelia sveikatos ugdymo(-si) rezultatų vertinimo poreikį, tačiau mokinių sveikatai palankaus elgesio vertinimo kriterijų, būdų apibrėžtis yra diskusijos objektas. Ar sveikatos ugdymo(-si) rezultatai turėtų būti vertinami taip pat kaip ir kitų mokomųjų dalykų, taikant formuojamąjį ir diagnostinį vertinimo būdus? Diskutuotina, kada (kaip dažnai) ir kaip vertinti mokinių sveikatos ugdymo(-si) pasiekimus? Ar tai turėtų būti kiekvieno mokinio elgesio individualus įsivertinimas, išvengiant lyginimo su kitais įtampų? Kaip sukurti nuo mokytojo nepriklausomas, nešališkas mokinių sveikatos ugdymo(-si) pasiekimų vertinimo aplinkas? Kaip tai būtų galima įgyvendinti bendrojo ugdymo mokyklos praktikoje? Nepaisant to, kad sveikatos ugdymo(-si) rezultatus vertinti yra sunku, informantai, vertindami savo darbą, pateikia tokias rezultatų charakteristikas: mokinių ir pačių mokytojų pozityvią emocinę reakciją į mokymus, mokinių nusi-teikimą, norą dalyvauti sveikos gyvensenos būreliuose ir mokinių elgesio pokyčius sveikatai palankia linkme.

Mokinių elgesio pokyčių atpažinimas. Mokytojai atpažįsta mokinių elgesio pokyčius, kuriuos vertina kaip savo darbo laimėjimą, kaip tikėjimą tuo, kas daroma: „*galvoju, kad iš 50, jeigu ten vienas ar du pradėjo mažiau rūkyti, arba tenai metė, aš galvoju, kad tai jau laimėjimas ir pasiekimas*“.

Ugdymo rezultatas – mokinių ir mokytojų pozityvi emocinė reakcija į mokymo(-si) procesą. Mokytojai, vertindami savo darbą, patiria teigiamas emocijas, kurias galima įvardyti kaip gan reikšmingą dvejoją

rezultatą: jie džiaugiasi tuo, ką daro, ir tuo, ką patiria ugdytiniai („<...>jie buvo ypatingai sužavėti <...>, <...>jautėsi ryškus poveikis, tai yra milžiniškas poveikis, <...> esu apsuptyje vaikų, tai aš galvoju čia ir yra tai <...>“). Mokytojai geba sukurti tokią edukacinę aplinką, kurioje mokiniai gali atsiverti („<...> jie apie tai išsikalbėjo ir jiems tai buvo grupė terapinė <...>, skatinanti būti socialiai atsakingu“). Interviu duomenys leidžia daryti prielaidą, kad sveikatos ugdymo(-si) rezultatas turėtų būti neatsiejamas nuo pozityvių mokytojo – sveikatos ugdytojo ir mokinių išgyvenimų.

Mokinių noras dalyvauti sveikatos ugdymo veiklose. Informantai kaip svarbų savo darbo rezultatą įvardija mokinių dalyvavimą sveikos gyvensenos būreliuose, stovyklose, konkursuose, projektuose („Ypatingai stovyklos vaikams, konkursai, kuriuos organizuodavau... <...>, daug norinčių dalyvauti vaikų. Ir kad tie vaikai ateina, dalyvauja.“) „Yra įvairiausių kitų būrelių <...>, jie domisi sveiko gyvenimo būdu.“ Tai leidžia daryti prielaidą, kad sveikatos temos mokiniams yra aktualios ir kelia jų susidomėjimą, nepamirštant, kaip svarbu jas pateikti, taikant įvairias neformalaus ugdymo formas.

Sveikatos ugdymas turėtų būti neatsiejamas nuo mokinių sveikatos ugdymo(-si) rezultatų vertinimo. Kita vertus, galutinis sveikatos ugdymo(-si) rezultatas yra sveikatai palankus elgesys, kuris sunkiai pamatuojamas ir įvertinamas, taikant tradicinę mokinių pažangos ir pasiekimų vertinimo metodiką. Vis dėlto interviu duomenų analizė atskleidė, kad mokytojai sveikatos ugdymo(-si) rezultatus atpažįsta, fiksuodami atskirų mokinių sveikatai palankaus elgesio pokyčius, pozityvią mokinių emocinę reakciją ir jų aktyvų dalyvavimą sveikatos ugdymo(-si) procese. Darytina įžvalga, jog svarbus „gerai dirbamo darbo atpažinimo poreikis“, atsižvelgiant į tai, kad sveikatos ugdymas apima ir mokinių, ir mokytojų dalyvavimo patirtį, kuri turėtų būti sudėtinė sveikatos ugdymo(-si) rezultatų (įsi-)vertinimo proceso dalis.

Tyrimo rezultatų apibendrinimas. Plėtojant įprastą mokyklą sveikatą stiprinančios (ekologinės) mokyklos link, pripažįstamas mokytojas – sveikatos ugdytojas, kuriantis edukacines ir mokinių sveikatą remiančias mokymosi aplinkas, siekiantis praktikoje taikyti į mokinius orientuotus

ugdymo metodus, stiprinančius besimokančiųjų dalyvavimą, sveikatos informacijos ir patirties analizavimą, susiejant su mokinių gyvenimo patirtimi bei išgyvenimais.

Edukacinės aplinkos kūrimas informantų siejamas su sveikatos ugdymo vizija ir įgyvendinimo mokykloje strategija, kurioje sveikatos ugdymas atpažįstamas kaip antraeilis ir nelygiavertis, palyginti su kitais mokymaisiais dalykais. Informantai pažymi išorinės pagalbos struktūrų plėtros poreikius, kurie turėtų apimti sveikatos ugdymo mokytojų ruošimą ir kvalifikacijos tobulinimo kursų organizavimą, vadovėlių ir kitų mokymo metodinių priemonių rengimą, mokytojų skatinimą ir motyvavimą veiksmingai įsitraukti į ilgalaikį sveikatos ugdymo procesą.

Sveikatos ugdytoju pripažįstamas pedagogas, turintis ne tik profesinę, bet ir asmenybinę kompetenciją – gebantis pripažinti sveikatą kaip vertybę, taip pat propaguoti ir demonstruoti asmeninę sveikos gyvensenos patirtį. Mokinių sveikatą stiprinančios mokyklų bendruomenės turėtų priimti atsakingus sprendimus apibrėžiant mokytojų – sveikatos ugdytojų atsakomybes bei kompetencijas, jų pedagoginio krūvio paskirstymą ir apmokėjimą, kad sveikatos ugdymas nebūtų vertinamas kaip papildoma savanoriška mokytojo veikla.

Informantai pripažįsta mokinių sveikatos ugdymo pasiekimų vertinimą, kurį įgyvendinant formuojasi pozityvus mokinių dalyvavimas, gebėjimai reaguoti, priimti sprendimus, atpažinti ir teikti grįžtamąjį ryšį įsivertinant žinias ir sveikatai palankaus elgesio, mokymosi bei asmenybės tobulėjimo patirtį. Todėl sveikatos ugdymo pasiekimų vertinimas turėtų apimti ne vien tradicinį mokinių žinių ir gebėjimų vertinimą balais, bet ir įtraukti patį mokinį į sistemingą, nuolatinį įsivertinimo (pokyčių patirties) procesą, kuriame jis konstruoja tolesnius gyvenimo ir tobulėjimo tikslus.

Diskusija. Diskutuojuant kokybinio tyrimo duomenis su kitų mokslinių šaltinių duomenimis, išryškėja pedagogų susirūpinimas dėl sumažėjusio vaikų fizinio aktyvumo ir fizinio pajėgumo. Manoma, kad mokytojas neturi aiškios vizijos, kaip per kūno kultūros pamokas turėtų būti ugdoma mokinių fizinė sveikata ir skatinamas judėjimas. V. Rakauskienė ir L. Kardelienė (2009), nagrinėjusios paauglių fizinio aktyvumo skatinimo problemą, pažymėjo, kad mokyklų kūno kultūros programos nepakan-

kamai susietos su asmens sveikos gyvesenos įgūdžių formavimu ir fizinio aktyvumo skatinimu. Autorės atkreipė dėmesį į kūno kultūros mokytojo, kaip sveikatos ugdytojo, vaidmens stiprinimą, suteikiant mentoriaus funkcijas, taikant edukacinę konsultavimą, sujungiantį mokinių fizinio aktyvumo puoselėjimą su sveikatos ugdymu mokykloje. Darytina išvalga, jog kūno kultūros mokytojui svarbu ne tik formaliai vadovautis Kūno kultūros bendrąja programa, bet ir mokinių fizinės veikatos ugdymo vizija bei strategijomis, paremtomis kūno kultūros mokytojo funkcijų mokyklos bendruomenėje išplėtimu, taikant mentorystės ir konsultavimo funkcijas.

Biologijos mokytojai įvardijami kaip atliekantys reikšmingą vaidmenį ugdant mokinių sveikatą ir formuojant sveikatos ugdymo strategiją mokykloje (Turner, Oberg, Unnerstad, 1999). Remiantis kokybinio tyrimo duomenų analize, galima teigti, kad biologijos dalyko mokytojai tradiciškai atlieka sveikatos ugdytojo vaidmenį, nes šio dalyko turinys apima daugelį sričių, orientuotų į žmogaus fizinės sveikatos palaikymą ir stiprinimą (pvz., ligų, žalingų įpročių prevenciją, sveiką mitybą, asmens ir aplinkos ekologiją). Kita vertus, emocinės, protinės, dvasinės ir socialinės sveikatos aspektams nagrinėti nei laiko, nei galimybių nėra pakankamai dėl apibrėžtos biologijos dalyko bendrosios programos turinio apimties. Taigi biologijos mokytojo, kaip sveikatos ugdytojo, veikla daugiau ar mažiau grindžiama tradicine (biomedicine) sveikatos samprata ir fragmentišku sveikatos ugdymu, vykdomu dalyko programos pagrindu, klasės ar mokyklos aplinkose (Petrauskienė, Žydzūnaitė, 2007). N. Starzdienės, E. Adaškevičienės (2011) tyrimas atskleidžia, kad mokytojai suvokia mokinių sveikatos gerinimo socialinį vertingumą ir reikšmingumą, tačiau stokoja kompetencijų ugdyti mokinių sveikos gyvensenos vertybines nuostatas. Tačiau kiti autoriai (Vamos, Zhou, 2009) pažymi, kad šiuolaikiniai mokytojai supranta ir analizuoja mokinių elgesio bei aplinkos ryšius, tačiau įgyvendindami sveikatos ugdymo procesą neturėtų telktis vien į mokinių elgesį.

Individualios sveikatos ugdymo vizijos ir veiklos planavimas turėtų būti mokytojui suprantamas ir aiškus, paremtas koordinuotu / bendradarbiaujančiu mokyklos bendruomenės modeliu, gerąja mokytojų patirtimi. Tačiau hierarchinio modelio požymius rodo monografijos kokybinio tyrimo duomenys, informantams pažymint, jog neretai sveikatos ugdymo temos mokytojams nuleidžiamos „iš viršaus – direktoriui paliepus“.

Kita vertus, tyrimo duomenų analizė leidžia įvardyti gerosios mokytojo patirties požymius, kuriant besimokančiųjų sveikatą remiančias mokymosi aplinkas, kuriose mokiniai ir mokytojai patiria teigiamas emocijas, atvirumą, nesuvaržytą dalyvavimą. Pasitikėjimas ir atvira, diskusijas ir dalijimąsi informacija nevaržanti aplinka, mokytojo pagalba mokiniui priimti kritiką ir padėsinimas, mokymosi problemų svarstymą mokslininkai pripažįsta kaip unikalią aplinką, kurioje įtvitinamos vertybės, keičiasi mokinių įsitikinimai ir nuostatos. Pedagoginis procesas remiasi aplinkomis, kurios skatina dalyvavimą, taikant metodus, kurie leidžia dialogą ir kritišką patirties atspindėjimą bei socialinę transformaciją. Tad mokytojo – sveikatos ugdytojo vaidmuo nėra specializuotų techninių žinių mokiniui perdavimas, bet greičiau atstovauja pagrindiniams kultūrinių, socialinių ir politinių debatų aspektams (Turunen, Tossavainen, Jakkonen, Vertio, 2006). Informantai, ugdydami mokinių sveikatą, pripažįsta asmeninę mokinio patirtį, socialinę sąveiką, kuria palankią atmosferą ir skatina mokinių dalyvavimą.

Kokybinio tyrimo duomenų analizė išryškina bendradarbiavimo poreikį, apibrėžiant mokinių sveikatos ugdymo viziją bei strategiją, mokyklos viduje – tarp mokytojų, tėvų ir kitų mokyklos specialistų, partnerystės ryšių su mokytojų kvalifikacijos kėlimo kursų organizatoriais aktualumą. Įvairių autorių (Jones, SE, Axelrad, R., Wattigney, WA (2007), S. Vamos, M. Zhou (2009), H. Turunen, K. Tossavainen ir kt. (2006)) teigimu, svarbūs glaudūs ir bendradarbiavimo struktūra pagrįsti ryšiai tarp ugdymo įstaigų, pedagogus rengiančių bei jų kvalifikaciją tobulinančių ir švietimo politiką formuojančių institucijų, siekiant bendros atsakomybės už mokinių sveikatos ugdymo plėtrą, numatant metodinę paramą ir būtinus pedagoginio personalo bei finansavimo išteklius

4.1.2. Mokytojo vaidmenų įgyvendinimo variacijos

Minėta, kad dabartinėje mokykloje sveikatos ugdymas yra sudėtinė bendrojo ugdymo proceso dalis, kurios įgyvendintojai – pedagogai. Šiame procese jie laikomi pagrindiniais dalyviais, priimančiais sprendimus, kaip vykdyti sveikatos ugdymą mokykloje: ar sveikatos ugdymo veiklose dalyvaus visa mokyklos bendruomenė, visi dalykų mokytojai? Ar sveikatos

ugdymo temos bus integruojamos į vieną ar kelis mokomuosius dalykus (pvz., biologijos, kūno kultūros)? Ar sveikata bus ugdoma klasės valandėlių metu, dalyvaujant įvairiuose projektuose? Igaliojimais grindžiama sprendimų priėmimo strategija apibūdinama kaip einanti nuo smulkmenų prie bendrųjų principų, kai mokytojų bendruomenės nariai demokratišku būdu prisiima atsakomybę ir įgyvendina numatytus vaidmenis (Turunen, Tossavainen, Jakonen, Vertio, 2006).

Išanalizavus informantų atsakymus į atvirąjį klausimą: *kaip mokytojas supranta savo kaip sveikatos ugdytojo vaidmenį?*, gautos 8 kategorijos (žr. 19 lentelę).

19 lentelė. Sveikatos ugdytojo vaidmens subkategorijos ir kategorijos

Kategorijos	Subkategorijos
Mokytojo, kaip vadovaujančio asmens, vaidmens sveikatos ugdymo procese supratimas	Supranta kaip pagrindinį vaidmenį
	Supranta kaip sveikatos ugdymo programos kūrėjo vaidmenį
	Supranta kaip prieinamo mokiniams lyderio vaidmenį
	Supranta kaip vadovaujančio asmens vaidmenį
	Supranta kaip iniciatoriaus vaidmenį
	Supranta biologijos mokytojo kaip „besąlygišką“ sveikatos ugdytojo vaidmenį
Sveikatos ugdymas kaip vienas iš pagrindinių dalykų mokykloje	Sveikatos ugdymo globalumo supratimas
	Sveikatos ugdymo kaip pagrindinio dalyko jauno žmogaus gyvenime supratimas
	Sveikatos ugdymo kaip pagrindinio dalyko mokinio aplinkinių gyvenime supratimas
	Sveikatos ugdymo kaip pagrindinio dalyko valstybės ir visuomenės gyvenime supratimas
Sveikatos ugdymo, apimančio žinių suteikimo, mokinių gebėjimų, motyvacijos, nuostatų, asmenybės savybių ir elgesio ugdymo, supratimas – sveikatos ugdymo, orientuoto į mokinių, supratimas	Supranta kaip žinių ir informacijos perteikimą
	Supranta kaip mokinio gebėjimų atsirinkti ir pasirinkti informaciją ugdymą
	Supranta kaip mokinių požiūrio formavimą
	Supranta kaip mokinių atsakingo elgesio ugdymą
	Supranta kaip kritiško ir savimi pasitikinčio žmogaus ugdymą
	Supranta kaip mokinių motyvacijos ugdymą
	Nuostatų ugdymą

19 lentelės tęsinys

Kategorijos	Subkategorijos
Mokinių pažinimo svarbos supratimas sveikatos ugdymo procese	Klasės auklėtinių pažinimo svarbos supratimas
	Supratimas, kad tiems, kurie mokinių gerai nepažįsta, negalima leisti ugdyti
Mokytojo, kaip sveikatos ugdytojo, įvaizdžio susiformavimas	Supranta savo, kaip asmenybės, poveikį mokinių nuostatoms
	Nuosekliai laikosi savo nuostatų
	Sistemiškai ir kryptingai laikosi savo nuostatų
	Savo, kaip sveikatos ugdytojo, įvaizdžio supratimas
Sveikatos ugdymo kaip papildomo ugdymo supratimas	Sveikatos ugdymas kaip projektų rengimas ir vykdymas
	Sveikatos ugdymas kaip tikslingos programos už mokyklos ribų įgyvendinimas
	Sveikatos ugdymas kaip stovyklos vaikams, konkursai, akcijos, vaikų darbų parodos, viktorinos, sveikatos svetainės mokykloje
	Sveikatos ugdymas kaip klasės valandėlės
Sveikatos ugdymo kaip savo sukurtos metodikos supratimas	Sveikatos ugdymo sistemos turėjimas
	Sveikatos ugdymo, kaip ilgamečio darbo ir patirties, poreikis
	Sveikatos ugdymas kaip klaidžiojimas, užsirašinėjimas ir metodinių rekomendacijų parengimas
Sveikatos ugdymo kaip tinkamų metodų taikymo supratimas	Supranta kaip tam tikrų metodų taikymą
	Supranta kaip kalbėjimą su kiekvienu mokiniu
	Supranta kaip mokinių įtraukimą į vaidmeninius žaidimus
	Supranta kaip situacijų aptarimą
	Supranta kaip diskusijas su mokiniais
	Supranta kaip darbą su grupe
	Supranta kaip darbą su refleksinėmis grupėmis
	Supranta kaip veiksmingą darbą grupėje

Mokytojo, kaip vadovaujančio asmens, vaidmens sveikatos ugdymo procese supratimas. Mokytojai save laiko pagrindiniais mokinių sveikatos ugdytojais mokyklos aplinkoje: „<...> jeigu kalbėtume apie pagrindinę rolę sveikatos ugdyme, tai turėtų būti mokytojas“. Jie sau priskiria sveikatos ugdymo programos kūrėjo vaidmenį („kuriant sveikatos ugdymo programą, daugiausia turėtų dalyvauti mokytojai <...>“), lyderio vaidmenį

bendraujant su mokiniais („todėl lyderis turėtų būti mokytojas. <...> pats prieinamiausias būdas kiekvienam mokiniui yra mokytojas“), iniciatoriaus vaidmenį („įtraukdavau daug žmonių, bet buvau iniciatorė. Ką sugalvodavau, tą stengdavausi realizuoti, siekdavau“). Kita vertus, išryškėja ir kontroversijos mokytojo dalykininko praktikoje, priiimant ir mokytojo, kaip „besąlygiško“ sveikatos ugdytojo, vaidmenį: „Besąlygiškai pagrindinį vaidmenį sveikatos ugdyme atlieka biologijos mokytojas. Aš, kaip sveikatos ugdytoja, tai pirmiausia esu mokytoja biologijos dalyko.“ Priiimėmus pagrindinį vaidmenį, „viskas priklauso nuo mokytojo <...> nors ir pyksta, jis dirba šitą darbą“. Darytina prielaida, kad šiuolaikiniam pedagogui suderinti mokytojo dalykininko ir mokytojo sveikatos ugdytojo vaidmenis nėra paprasta, nes švietimo sistema vis dar orientuota į mokytojo dalykininko autoritetą, o ne jo, kaip sveikatos ugdytojo, kompetencijas.

Sveikatos ugdymas kaip vienas iš pagrindinių dalykų mokykloje.

Dalykų mokytojai, priiėmę sveikatos ugdytojų vaidmenį, supranta jo raiškos svarbą asmens, šeimos, valstybės gerovės kūrimo lygmenimis: „Ir vat todėl sveikatos ugdymas asmens globalia prasme yra vienas iš pagrindinių dalykų... Ne tik to žmogaus, jauno žmogaus, dabartinio moksleivio, bet ir jo aplinkinių, šeimos rato, o tuo pačiu ir valstybės, sakykim, ir visos visuomenės.“ Mokytojai sveikatos ugdymą vertina kaip pagrindinį dalyką jauno žmogaus gyvenime, kaip asmens „gebėjimą būti, palaikyti save fizine, psichine, emocine, socialine prasme sveiku“. Darytina įžvalga, kad mokytojai suvokia savo indėlį ugdant mokinių įgūdžius, reikalingus sveikatai palaikyti ir stiprinti.

Sveikatos ugdymo kaip papildomo ugdymo supratimas. Informantai sveikatos ugdymą supranta ne vien kaip formalią veiklą – pamoką, bet ir kaip papildomą ugdymą: „<...> aš turiu galimybę savo auklėtiniams papildomai daryti tas sveikatos ugdymo ir prevencines veiklas, t. y. užsiėmimus papildomo ugdymo dėka, t. y. būtent projektai, kuriuos aš darau, mokymai, kurių metu vaikai nuo ryto iki vakaro, pagal tam tikrą tikslinę programą, sudėliotą programą, gauna ir informaciją, ir formuojamos nuostatos, ir suteikiama motyvacija elgtis sveikai.“ Papildomas ugdymas suprantamas kaip veiklos ne tik mokykloje, bet ir už mokyklos ribų, kaip

stovyklos vaikams, konkursai, akcijos, vaikų darbų parodos, viktorinos, sveikatos svetainės mokykloje. Mokytojai rašo projektus: „<...> ŠMM projektas, kurį mes aplikavome, t. y. mes pateikėme paraišką <...>“, įgyvendina projektines veiklas: „<...> kaip biologijos mokytoja aš kai kuriuos organizuoju ir juos vykdu, kaip projektinės veiklos vykdytoja esu aš“.

Mokytojų, kaip sveikatos ugdytojų, vaidmuo įgyvendinamas ir klasės, ir mokyklos, ir vietos bendruomenės aplinkose: „įtraukdavom miesto bendruomenę ir mielai padėdavo, ir iš tikrųjų darydavom ten renginius“.

Sveikatos ugdymas grindžiamas visumine ugdymo samprata. Sveikatos ugdymas suprantams kaip apimantis žinių ir informacijos suteikimą, mokinių gebėjimų, motyvacijos, nuostatų, asmenybės savybių ir elgesio ugdymą(-si). Informantai pažymi bendrą asmenybės ugdymą – kritiško ir savimi pasitikinčio žmogaus formavimą: „*Tai atsakingo, kritiško, savim pasitikinčio žmogaus, stipraus žmogaus ugdymas, kurio nuomonė arba požiūris turėtų vystytis žiūrint į priekį.*“ Mokytojo – sveikatos ugdytojo vaidmuo yra pateisinamas ne vien mokinio žiniomis, „<...> kas yra negerai arba blogai <...>“, bet ir mokinių gebėjimais pasirinkti ir pasirinkti sveikatai palankius sprendimus ir su tuo susijusį elgesį.

Sveikatos ugdytojo vaidmens kaip ilgalaikės mokinių ir mokytojų bendros patirties supratimas. Informantai sveikatos ugdytojo vaidmenį sieja su mokinių mokymo, augimo, pasikeitimų procesais: „*Kai mano auklėtiniai buvo šeštoje klasėje pabaigoje, mes vykdėme mokymus, <...>. O dabar buvo dešimtos klasės mokymai, <...> vaikai buvo paaugę <...>, jų mąstymas jau buvo pasikeitęs, jie patys buvo pasikeitę, jie jau kitaip vertina, kitaip supranta, jie jau turėjo patyrimą, sakykim, augdami kartu matydami, kaip vyksta visuomenėje, mokykloje, klasėje.*“ Sveikatos ugdymo kaip mokinių ir mokytojo bendros patirties įgijimas siejamas su ilgalaikiu buvimu kartu bei mokinių pažinimu ir atskomybe: „<...> *tai aš geriau pati dirbsiu su savo klase, negu leisiu tam, kuris ne viską žino, ne viską išmano taip giliai kaip aš.*“ Darytina prielaida, kad mokytojai, ugdantys mokinių sveikatą, šį procesą supranta kaip nuoseklų ir sistemingą darbą kartu su ugdytiniais, ilgalaikę mokytojo bei mokinių sąveiką ir bendrą patirtį.

Mokytojo, kaip sveikatos ugdytojo, įvaizdžio susiformavimas. Informantai pripažįsta, kad siekiant daryti poveikį mokinių sveikatai palankiam elgesiui, svarbus mokytojo asmeninis pavyzdys ir įvaizdis: „<...> *dar mano asmenybės pozicija formuoja, <...> jie jas žino ir kai tu jų laikais nuosekliai, sistemingai ir kryptingai, jie susiformuoja tą įvaizdį <...>*“. Vadinasi, mokytojui, prisiimančiam sveikatos ugdymo funkciją, derėtų atsakyti į klausimą, koks yra mano, kaip mokytojo – sveikatos ugdytojo, įvaizdis?

Sveikatos ugdymo kaip savo sukurtos metodikos supratimas. Informantai sveikatos ugdytojo vaidmenį sieja su individualios darbo sistemos sukūrimu: „*Turėjau sistemą sezonais. Ir man tada būdavo nesunku dirbti*“, su darbo sveikatos ugdymo srityje patirtimi ir įdirbiu, kaupiant ir skleidžiant gerą patirtį: „*Man per 10 metų gavosi tokia sistema, o pradžioje aš irgi klaidžiojau, užsirašinėjau ir knygučių išleidau. Tos mano metodinės rekomendacijos yra parengtos mokykloms <...>*“

Darytina įžvalga, kad mokytojai dalykininkai tik ilgamečio sveikatos ugdymo proceso metu atranda savitą darbo eigą ir edukacinės veiklos metodikas, klaidžiodami ir mokydami iš klaidų.

Sveikatos ugdymo kaip tinkamų metodų taikymo supratimas. Informantai sveikatos ugdymą sieja su aktyvaus mokymo metodų taikymu: „<...> *reikia taikyti tam tikrus metodus <...>...<...> įtraukti į vaidmeninį žaidimą, <...> arba aptarti situacijas, <...> arba vykdyti diskusijas <...>*“. Mokytojai dalykininkai, ugdydami mokinių sveikatą, taiko ir individualaus darbo su mokiniu: „<...> *kad kiekvieną aš galėčiau pakalbinti <...>*“, ir darbo su grupe formas: „<...> *dirbant su vaikais, su moksleiviais sveikatos ugdymo srityje, labai efektyviai yra dirbti būtent darbas grupėse <...>, tai buvo pagal tam tikrą metodiką, buvo su refleksinėmis grupėmis*“.

Mokytojai sveikatos ugdytojo vaidmenį supranta kaip aktyvaus mokymo metodų taikymą, leidžiant mokiniams veikti, žaisti, reflektuoti, aptarti situacijas ir diskutuoti.

Tyrimo rezultatų apibendrinimas. Mokytojai pripažįsta sveikatos ugdymo įgyvendinimą ir laiko vienu pagrindinių dalykų mokykloje, kuris paremtas visumine ugdymo samprata, įgyvendindamas formalaus bei pa-

pildomo ugdymo(-si) aplinkose, kuriose formuojasi vadovaujančiojo mokytojo – sveikatos ugdytojo įvaizdis kaip ilgalaikės mokinių ir mokytojų sąveikos ir bendros patirties rezultatas.

Sveikatos ugdytojo vaidmens įgyvendinimas grindžiamas ilgamete pedagoginio darbo patirtimi, kuri leidžia mokytojui išbandyti kuriamas veiklos strategijas ir metodikas; atlikti dalyko mokytojo vaidmenį, kai dėstymo metu suteikiamos žinios, ugdomos nuostatos, stiprinama motyvacija ir palaikomas sveikatai palankus mokinio elgesys; atlikti klasės auklėtojo vaidmenį auginant ir brandinant mokinio asmenybę; išbandyti prieinamo lyderio vaidmenį, demonstruojant „pasiekiamumą, prieinamumą“ kiekvienam besimokančiajam.

Diskusija. Mokslininkai (Paakkari, Tynjälä, Kannas, 2010) pateikia duomenų apie strategijas, kurias taiko Suomijos mokytojai, ugdantys mokinių sveikatą ir įvardydami tokias jos kryptis kaip: žinių perdavimas; pagalba mokiniui pritaikyti sveikatos žinias praktikoje ir keisti nuostatas, visapusiškos asmenybės ugdymas, besimokančių mokinių bendruomenės kūrimas. Šios mokslo studijos autorių atlikta kokybinio tyrimo duomenų analizė leidžia išvelgti analogiškas Lietuvos mokytojo – sveikatos ugdytojo praktikos orientacijas, įgyvendinant žinių perteikėjo, įtaigaus auklėtojo, remiančio mokinius lyderio, kuriančio saugią ir palankią mokymosi atmosferą, refleksyvaus praktiko, palaikančio mokinių nuoširdumą ir autentiškumą, vaidmenis. Sveikatos ugdytojo vaidmens savitumo paieška sietina su mokytojo profesinių žinių prigimtimi, įvaldytais ar taikomais ugdymo metodais, mokytojo – mokinių ir mokinių – mokinių interakcijų ugdymo procese įgyvendinimu.

Tradiciškai mokytojas – žinių perteikėjas laikomas ekspertu, kai direktyvus informacijos perteikimas mokiniams nėra problemiškas, nes remiasi apibrėžtos sveikatos ugdymo programos atitinkamoms klasėms turiniu ir rekomenduojamais žinių šaltiniais (Paakkari, Tynjälä, Kannas, 2010). Kokybinio tyrimo duomenų analizė leidžia išvelgti, kad informantai yra linkę save laikyti sveikatos ugdymo ekspertais, turinčiais pakankamą pasirengimą ir žinias šiam vaidmeniui įgyvendinti klasėse ir kitose mokyklos aplinkose. Mokytojo pagalba mokiniams pritaikyti sveikatos žinias kasdieniame gyvenime ir keisti nuostatas informantų siejama su pa-

pildoma mokytojo pastanga, ieškant naujų informacijos šaltinių, kuriant ir išbandant sveikatos ugdymo ir auklėjimo priemones, kai vadovaujančiojo auklėtojo ilgametė patirtis vertinama kaip reikšminga mokinių dalyvavimui ir interakcijų grupėje vyksmui. Visapusiškos mokinio asmenybės ugdymas siejamas su aplinkomis, kuriose mokytojas pripažįsta kiekvieno grupės nario indėlį, mokinio asmenybės unikalumą ir išskirtinumą, inicijuoja refleksijas ir užtikrina joms vykti saugumo pojūtį. Besimokančių mokinių bendruomenės kūrimas atpažįstamas kaip įtraukiantis ir mokytoją, ir mokinius į naujų žinių bei patirties įgijimo procesą. Kokybinio tyrimo duomenų analizė leidžia įžvelgti, kad mokytojo – sveikatos ugdytojo vaidmuo varijuoja nuo eksperto – žinių perteikėjo link reflektivaus ir kartu su mokiniais besimokančio asmens.

Ankstesni mokslininkų tyrimai (Gao, Watkins, 2002) pažymi, kad sveikatos ugdytojo vaidmens įgyvendinimo ribotumą gali lemti dėstomo mokiniams dalyko (pvz., biologijos, kūno kultūros) programos rėmai ir sveikatos ugdymo kompetencijos stoka. Tai reikštų, kad mokytojas, integruojantis sveikatos ugdymą į dėstomą dalyką, neturi būti apribotas programa, bet turi turėti galimybių ir kompetencijos perkelti mokymosi centrą iš apibrėžto ugdymo turinio į mokymąsi, kuriame vyrauja mokinių gyvenimo patirtis kaip pagrindas socialinei sąveikai bei refleksijai skleisti.

Iki šiol Lietuvoje nėra reglamentuota, todėl nereikalaujama, kad pedagogas, ugdantis mokinių sveikatą, turėtų tam reikiamą pasirengimą, jo kompetencija nėra apibrėžta. Tad vadovaujamasi bendrąja nuostata, kad sveikatos ugdytoju gali būti bet kuris klasės auklėtojas, kūno kultūros ir biologijos bei kitas mokytojas (pvz., technologijų mokytojas, socialinis pedagogas), ugdymo kompetencijas įgijęs aukštosios mokyklos studijoje ir galintis savo dalykų pamokose ar auklėjimo procese ugdyti visų besimokančiųjų vertybines nuostatas, gyvenimo įgūdžius (pvz., problemų sprendimą ir sprendimų priėmimą, kritinį mąstymą, bendravimo įgūdžius, savęs pažinimą, atsisakymo įgūdžius ir kt.) ir kurti edukacines bei mokinių sveikatą remiančias aplinkas (Taub, Birch, Auld, Cottrell, 2011; Gudžinskienė, Česnavičienė, Suboč, 2007).

Kita vertus, mokslininkai (Turunen, Tossavainen, Jakonen, Vertio, 2006) pažymi, kad sveikatos ugdymas neturi būti paliktas vien mokytojo, tiesiogiai dirbančio su mokiniais klasėse ar kitose mokyklos ar užmokyk-

linėse aplinkose, atsakomybei. Pažymimos koordinatoriaus pareigos ir vadovavimo, valdymo, planavimo ir vertinimo kompetencijos, būtinos užtikrinant visų mokyklos sveikatos ugdytojų (dalykų mokytojų, auklėtojų, mokyklos sveikatos priežiūros ir kitų specialistų) veiklos veiksmingumą.

Sveikatos ugdytojui, dirbančiam mokykloje su rizikos grupės asmenimis ar jų grupėmis (tikslinė prevencija, dirbant, pvz., su vaikais, kurių tėvai piktnaudžiauja alkoholiu, psichikos sutrikimų turinčių asmenų vaikais ar vaikais, kurių tėvai serga paveldimomis ligomis, kuriems gresia didesnė rizika įvairioms problemoms, sutrikimams, ligoms kilti – reikalingos specifinės kompetencijos (susijusios su tokiais pagalbos priemonėmis kaip, pvz., sveikatos konsultavimu ir tarpininkavimu, mentoryste, krizių prevencija, savivalbos grupių organizavimu ir kt.), taip pat ir dirbant su asmenimis, kuriems jau nustatyti nedideli, bet aiškūs elgesio / problemų / ligų požymiai. Šiose prevencinės bei edukacinės veiklos kryptyse pasitelkiama mokyklos specialistų (socialinio pedagogo, mokyklos mediko) pagalba, koordinuojant visų dalyvaujančiųjų pastangas, pripažįstant koordinatoriaus atsakomybės ir kompetencijos sritis (Taub, Birch, Auld, Cottrell, 2011, Petrauskienė, 2008).

Išnagrinėjus informantų atsakymus į atvirąjį klausimą: *kaip vertinate savo kompetencijas, reikalingas mokinių sveikatos ugdymui įgyvendinti?*, gautos 6 kategorijos (žr. 20 lentelę).

20 lentelė. Sveikatos ugdytojo kompetenciją atspindinčios subkategorijos ir kategorijos

Kategorijos	Subkategorijos
Pakankamas žinių apie sveikatą turėjimas	Kaip pakankamą žinių turėjimą
	Kaip elementarių principų išmanymą
	Kaip fundamentalių žinių pagrindo turėjimą
	Kaip kažkokių žinių detalių papildymą
Sveikatos ugdymo metodų išmanymas ir taikymas	Kaip sveikatos ugdymo metodų išmanymą
	Kaip sveikatos ugdymo metodų išbandymą
	Kaip paprasčiausių principų žinojimą
	Kaip savo metodikos turėjimą
	Kaip pateikti metodikas
	Kokias būdais pateikti sveikatos turinį mokiniams

20 lentelės tęsinys

Kategorijos	Subkategorijos
	Kaip įdomiau pateikti sveikatos ugdymo turinį
	Žinojimą, kaip ugdyti mokinių sveikatą
	Kaip domėjimasi sveikatos ugdymo metodikomis
	Kaip veiklos darymą „kitaip“
Sveikatos ugdymąsi remiančių edukacinių aplinkų kūrimas – sveikatos ugdymo informacijos pritaikymas pagal mokinių poreikius, situacijas ir tautybę	Kaip atmosferos laisvai kalbėti sukūrimą
	Kaip situacijos sudarymą
	Kaip informacijos atrinkimą pagal mokinių poreikius
	Kaip informacijos atrinkimą pagal situaciją
	Kaip informacijos atrinkimą pagal tautybę
	Kaip veiksmingą informacijos pateikimą
	Kaip temų parengimą
Profesiniai pasiekimai, įgyti per daugelį darbo metų	Kaip asmeninius pasiekimus sveikatos ugdymo srityje
	Kaip stiprias ir aukštas kompetencijas
	Kaip pasiekimus, įgytus per daugelį metų
	Kaip nuveiktus darbus
Asmeninis sveiko gyvenimo būdo praktikavimas	Kaip sveiko gyvenimo būdo patyrimą
	Kaip sveiko gyvenimo būdo praktikavimą
Nuolatinio tobulėjimo poreikis / siekis	Kažkurių žinių trūkumą
	Kaip kompetencijos tobulinimą naujausiais moksliniais tyrimais
	Kaip patenkinamas kompetencijas
	Kaip nuolatinį tobulėjimo siekį

Pakankamas žinių apie sveikatą turėjimas. Vertindami savo kompetencijas ugdyti mokinių sveikatą, informantai pažymi fundamentalų žinių pagrindo turėjimą: „*žinių prasme...aš turiu pakankamai daug žinių <...>*“, kurį įgijo ilgamečio pedagoginio darbo metu: „*<...> fundamentalus žinių pagrindas, kurį aš pasiekiau per daugelį metų vienas iš svarbiausių dalykų*“. Kita vertus, mokytojai supranta, jog žinios apie sveikatą kinta ir turi būti atnaujinamos, papildomos moksliniais duomenimis: „*<...> man dabar yra tik papildymas kažkokių niuansų, man praktiškai daug nereikia. Papildai tam tikras žinias ir iš tų dalykų kažkas įdomesnio, įdomesni faktai, mokslinių tyrimų duomenys*.“

Interviu duomenų analizė atskleidė, kad informantai įvardija tam tikras sveikatos ugdymo turinio sritis, susijusias su sveika gyvensena: „*<...>*

tai yra ir mityba, ir aktyvus gyvenimo būdas, tai yra ir žalingi įpročiai, tai yra ir lytiškumo pagrindai kažkokie ir t. t.“ Ugdomi ne tik fizinės, bet ir dvasinės sveikatos aspektai „<...> ir fizinis aktyvumas, ir sveika mityba, ir, aš sakau, dvasinė sveikata, nes šitie trys dalykai tarsi pamatas, bent jau aš taip darau, netgi matematiškai sakau: „fizinis aktyvumas plius sveika mityba, plius dvasinė sveikata“...ir asmens higiena taip pat“. Informantai turi visuminę sveikatos ir sveikatos ugdymo sampratą: „<...> aš įsivaizduoju, tai tos temos turi būti įvairios, kas sudarytų visą tą sveikatos ugdymą ir visas sveikatos rūšis apimtų: ir fizinę, ir protinę, ir emocinę, ir socialinę sveikata“.

Mokytojai vertina save kaip turinčius pakankamai žinių (sveika mityba, fizinis aktyvumas, asmens higiena, lytiškumas, žalingų įpročių prevencija), reikalingų mokinių sveikatai ugdyti, tačiau emocinės, protinės ir dvasinės sveikatos sričių turinys neatskleidžiamas. Darytina išvalga, kad mokytojai turi žinių apie visuminę sveikatos sampratą, tačiau jų įgyvendinamas sveikatos ugdymo turinys nukreiptas į mokinio sveikos gyvensenos aspektus ir susijęs su dėstomo dalyko (biologija, kūno kultūra) turinio kontekstu.

Sveikatos ugdymo metodų išmanymas ir taikymas. Mokytojai sveikatos ugdymo kompetenciją sieja ne tik žiniomis apie sveikatą, bet ir su sveikatos ugdymo metodų išmanymu ir taikymu: „<...> aš žinau, kaip reikia ugdyti mokinių sveikatą... žinau metodus, esu išbandžiusi, esu padariusi, esu pasiekususi“. Informantai, turėdami profesinę pedagoginę kompetenciją, ieško būdų įdomiau pateikti sveikatos ugdymo turinį ugdytiniais ir išbando įvairius sveikatos ugdymo metodus: „<...> mane domina ta metodinė pusė. Kad rūkyt blogai, mes visi žinom ir vaikas žino, bet kaip jam pateikti tai ir kokie būdai yra, kaip įdomiau jam pateikti, gal padaryti ar kitaip gal kažkaip galima.“

Mokytojų sveikatos ugdymo patirtis ir žinios leidžia susikurti savo dėstymo metodiką ir veikti „kitaip“: „Aš turiu savo metodiką, bazinių žinių pagrindas turi būti...“, vadovautis patikrintais veiklos principais: „Nereikia aiškinti, kokie yra narkotikai, koks jų yra poveikis <...> reikia žinoti elementarų principą...“

Sveikatos ugdymo metodų taikymas yra sudedamoji mokytojo profesinės pedagoginės kompetencijos dalis, leidžianti jam kūrybiškai kurti edukacines aplinkas. Vadinasi, kiekvieno sveikatos ugdytojo kompetencijos sudedamoji dalis – sveikatos ugdymo technologijų įvaldymas.

Profesiniai pasiekimai įgyti per daugelį darbo metų. Sveikatos ugdymo kompetencijos vertinimą mokytojai sieja su profesiniais pasiekimais, nuveiktais darbais ir darbo patirtimi: „<...> esu padariusi, esu pasiekusi <...> ir aš tas kompetencijas atskleidžiu per savo nuveiktus darbus <...> yra toks fundamentalus žinių pagrindas, kurį aš pasiekiau per daugelį metų <...> Tik dėstydamą sveiką gyvenseną, organizuodama stovyklas ar ten kažką darydama“.

Mokytojai sveikatos ugdymo kompetencijas vertina kaip stiprias ir aukštas, tačiau darytina išvalga, jog tokias kompetencijas jie įgija mokymdamiesi iš patirties ir vertina kaip asmeninius bei profesinius pasiekimus.

Asmeninis sveiko gyvenimo būdo praktikavimas. Informantai sveikatos ugdymą kompetenciją sieja su asmeniniu sveiko gyvenimo būdo praktikavimu ir patyrimu: „<...> galiu pasakyti, kad aš esu sveiko gyvenimo būdo praktikas. Man sveikas gyvenimo būdas yra natūrali gyvenimo dalis. Aš nelaužiu tai iš piršto, tai gaunasi savaime. Ir tą visą sveiką gyvenimo būdą esu išgyvenusi.“

Interviu duomenys leidžia daryti išvalgą, kad mokytojo asmeninis sveiko gyvenimo būdo praktikavimas yra reikšminga sveikatos ugdytojo kompetencijos dalis.

Nuolatinio tobulėjimo poreikis. Mokytojai, kaip sveikatos ugdytojai, savo kompetencijas vertina patenkinamai, pažymėdami kokių nors (specifinei sveikatos temai ar problemai paaiškinti) žinių ir naujausių tyrimų apžvalgą trūkumą, tai siedami su kompetencijos tobulinimo poreikiais.

Rezultatų apibendrinimas. Informantai sveikatos ugdytojo kompetencijas apibūdina remdamiesi bendruoju požiūriu, pažymėdami pakankamą žinių apie sveikatą turėjimą ir ugdymo metodų išmanymą bei taikymą, gebėjimus kurti edukacines ir mokinių sveikatą remiančias mokymosi aplinkas, pritaikytas pagal mokinių poreikius, situacijas ir tautybę. Mokytojai pažymi profesines kompetencijas, įgyjamas praktikoje daugelį metų ugdant mokinių sveikatą, asmeninį sveiko gyvenimo būdo praktikavimą ir nuolatinio tobulėjimo poreikį. Vis dėlto informantai sveikatos ugdytojo vaidmenį ir kompetenciją bei atsakomybę linkę pripažinti individualaus darbo su mokiniais, bet ne su mokyklos bendruomene kontekstuose.

Diskusija. Moksliniuose šaltiniuose (Lohrmann, 2010; Pettit, Fetro, 2006) atkreipiamas dėmesys ir į mokytojo, koordinuojančio sveikatą stiprinančios mokyklos programą, kompetencijas, kurios apima sveikatos ugdymo poreikių mokykloje įvertinimą, sveikatos ugdymo programos parengimą ir koordinuotą įgyvendinimą bei įvertinimą, bendradarbiavimo su mokyklos bendruomene struktūrų kūrimą.

Kita vertus, informantai laiko save gebančiais kurti sveikatą remiančias mokymosi aplinkas, pagrįstas teigiamais tarpusavio su mokiniais ir besimokančiųjų grupėje santykių plėtojimu, o tai, anot kai kurių autorių (S. Waters, D. Cross ir K. Runions, (2009)) stiprina besimokančiųjų ryšį su mokykla. Manoma, kad yra mažesnė tikimybė, jog mokiniai, kurie jaučia stipresnį ryšį su mokykla, ištrauks į sveikatai kenksmingą veiklą, tokią kaip rūkymas ir alkoholio vartojimas. Taip pat yra labiau tikėtina, kad tokie mokiniai praleis mažiau pamokų ir pasieks geresnių akademinių rezultatų. Tačiau mokinio ir mokyklos ryšio stiprinimas priklauso ne vien nuo atskiro mokytojo vaidmens bei kompetencijos, bet ir nuo mokyklos organizacinės struktūros (pvz., mažesnėse klasėse yra didesnės galimybės mokytojui užmegzti artimus ir pagarbius ryšius su mokiniais), sveikatos ugdymui palankios edukacinės (pvz., vystymąsi atitinkančios sveikatos ugdymo metodikos), mokyklos fizinės aplinkų plėtojimo (pvz., gerai prižiūrima, įdomi mokyklos architektūra sukuria aplinką, kuria didžiuojasi ir mokiniai, ir mokytojai).

Kiekvienas mokytojas mokykloje atlieka savitą sveikatos ugdytojo vaidmenį, tačiau šio vaidmens įgyvendinimas praktikoje neturėtų būti paliktas savieigai, o vertinamas pasitelkiant apibrėžtus veiklos reglamentus ir kompetencijų (bendrųjų, specialiųjų, asmenybinių) sudedamąsias dalis.

4.1.3. Sveikatos priežiūros ir kitų specialistų pagalbos mokytojui poreikis

Suprantamas mokytojų susirūpinimas, kad mokyklos sveikatos priežiūros specialistas ir (ar) kiti kviestiniai specialistai nėra pedagoginio darbo profesionalai, todėl jų edukacinė veikla gali būti vertinama kaip mėgėjiška ar pagalbinė. Tad jos vertinimas yra problemiškas, reikalaujantis tarpprofesinių diskusijų ir tyrimų.

Išanalizavus informantų atsakymus į atvirąjį klausimą: *kaip vertinate kitų specialistų vaidmenį, ugdant mokinių sveikatą mokykloje?*, gautos 7 kategorijos (žr. 21 lentelę).

21 lentelė. Mokytojų vertinimai, susiję su kitų specialistų vaidmeniu, ugdant mokinių sveikatą mokykloje

Kategorijos	Subkategorijos
Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas kaip stokojantis pedagoginės patirties ugdyti mokinių sveikatą	Neturintis ugdomojo darbo kompetencijų
	Kaip neturintis ugdomojo proceso įgyvendinimo kompetencijos
	Kaip negalintis vykdyti ugdomojo darbo
	Kaip neturintis pedagogo kvalifikacijos
	Kaip neturintis pedagoginių ir metodinių žinių
Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas kaip nepajėgus užtikrinti sveikatos ugdymo mokykloje	Kaip „nepajėgus“ aprėpti visos mokyklos
	Kaip negalintis vienas mokykloje užtikrinti sveikatos ugdymo
Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas kaip fragmentiško ir nenuoseklaus sveikatos ugdymo vykdytojas	Kaip vykdančis fragmentišką ir nenuoseklų darbą
	Kaip neturintis laiko mokinių refleksijai
	Kaip pasyvus mokyklos specialistas
	Kaip informacijos perteikėjas
	Kaip neturintis konkrečių pareigų
Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas kaip neturintis pedagoginės sąveikos su mokiniais	Kaip nepažįstantis mokyklos vaikų
	Kaip neišmanantis vaikų aplinkos konteksto
	Kaip nesuprantantis vaikų galimybių
	Kaip neišmanantis esamo vaikų žinių lygmens
Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas kaip stokojantis bendradarbiavimo su mokytojais	Kaip dirbantis su vaikais per atstumą
	Kaip stokojantis tarpusavio bendradarbiavimo
Socialinis pedagogas kaip aktyvus neformalaus sveikatos ugdymo dalyvis	Socialiniai pedagogai kaip įsitraukiantys į prevenciją
	Socialiniai pedagogai kaip įsitraukiantys į projektinę ir popamokinę veiklą
	Kaip organizuojantys ir padedantys mokytojams
	Kaip geranoriški, aktyviai dalyvaujantys projektuose
	Kaip rašantys projektus

21 lentelės tęsinys

Kategorijos	Subkategorijos
Kviestinis specialistas kaip atsitiktinis sveikatos ugdytojas mokykloje	Kaip veiklą „dubliavimas“, pasikviečiant specialistus į mokyklą
	Į mokyklą ateinančių specialistų vertinimas kaip neišmanančių sveikatos ugdymo mokykloje konteksto
	Į mokyklą ateinančių specialistų vertinimas kaip neišmanančių mokinių galimybių ir žinių lygio

Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas kaip stokojantis pedagoginės patirties ugdyti mokinių sveikatą. Visuomenės sveikatos priežiūros mokykloje specialisto apraše (2004) viena iš funkcijų yra sveikatos ugdymas. Realioje ugdymo aplinkoje mokytojai sveikatos priežiūros specialistą vertina kaip neturintį pedagoginių kompetencijų, būtinų sveikatos ugdymo procesui. Jų požiūriu šis specialistas „<...> nėra tas, kuris galėtų ugdyti sveikatą, vykdyti ugdomąją darbą su moksleiviais. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas nėra pedagogas, reiškia, pedagoginių žinių, vėlgia metodinių žinių, kaip tai yra perteikiama, jis neturi.“ Diskutuotina, kodėl visuomenės sveikatos priežiūros specialistui patikima sveikatos ugdymo funkcija, jei jis neturi pedagogo kvalifikacijos, o siekia dalyvauti formaliame tiesioginio sveikatos ugdymo procese. Galbūt jo, kaip sveikatos ugdytojo, vaidmuo turėtų būti telkiamas į neformalaus užklasinio ugdymo aplinkas, dirbant su sveikatos sutrikimų riziką turinčiais vaikais ir jų tėvais bei mokytojais.

Visuomenės sveikatos priežiūros specialistai kaip nepajėgūs užtikrinti sveikatos ugdymo mokykloje. Mokytojai pažymi ribotas visuomenės sveikatos priežiūros specialisto fizines galimybes aprėpti visą sveikatos ugdymo procesą mokykloje. Vienam visuomenės sveikatos priežiūros specialistui, dirbančiam vieno etato darbo mokykloje krūviu, priskiriamas mokinių skaičius siekia tūkstantį. Todėl neretai šis specialistas dirba keliuose mokyklose ir jo dalyvavimas mokyklos bendruomenės sveikatos ugdymo veiklose yra fragmentiškas.

Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas kaip nenuoseklus sveikatos ugdymo vykdytojas. Informantai visuomenės priežiūros specialisto ugdomąją darbą tapatina tik su švietimu perteikiant mokiniams informaciją: „Jie ateis, perskaitys... tai bus informacijos perteikimas tik kitokia for-

ma. “Kita vertus, veiksmingas sveikatos ugdymo procesas yra neatsiejamas nuo mokinių ir mokytojų patirties bei jos refleksijos, o visuomenės sveikatos specialistas, mokytojų manymu, neturi tam laiko, kartais jam pritrūksta iniciatyvos ir aiškumo, kas yra nuoseklus sveikatos ugdymas ir koks jo tikslas bendrojo ugdymo sistemoje. Anot informantų, jie „<...> yra labai pasyvūs ir taip tiesiai šviesiai kalbant, ir pas mus irgi stumk – trauk“. Darytina prielaida, jog pasyvaus visuomenės priežiūros specialisto įvaizdis formuojasi dėl jo funkcijų neapibrėžtumo mokinių sveikatos ugdymo aplinkose.

Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas kaip neturintis ilgalaikės pedagoginės sąveikos su mokiniais. Ugdymas yra apibūdinamas kaip pedagoginė sąveika, kaip pedagoginių susitikimų grandinė ir tikslinga mokytojų bei mokinių patirtis. Kokybinė tyrimo duomenų analizė leidžia įžvelgti, kad mokytojai visuomenės sveikatos priežiūros specialistą vertina kaip specialistą, dirbantį su vaikais per atstumą ir neturintį sąlygų pažinti vaikus (jų galimybes, pasiekimus, ugdomąją aplinką) esant ilgalaikei sąveikai. Pedagoginės sąveikos nebuvimo priežastis – didelis mokinių skaičius, tenkantis vienam specialistui: „*Pusanto tūkstančio beveik vaikų ir viena sveikatos priežiūros specialistė, tai ką jinai vaikus tuos pažįsta?*“ Kita priežastis sietina su pavienių pamokų ir renginių vedimu, neišmanant „<...> nei konteksto šitų vaikų konkrečių, nei jų galimybių, nei galų gale, ką jie jau žino“.

Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas kaip stokojantis bendradarbiavimo su mokytojais. Tyrimo duomenų analizė leidžia daryti prielaidą, kad tarp mokytojų ir visuomenės sveikatos priežiūros specialisto pasigendama koordinuoto bendradarbiavimo izoliuotai planuojant sveikatos ugdymo veiklas „<...> čia turi bendradarbiauti su mokytojais, taip ir tik tada vykdyti ten... Mane, pvz., sveikatos priežiūros specialistė paima ir išsikviečia. Aš turiu, pvz., po savaitės kalbėti apie brendimo eigą, o jinai, pvz., išsikviečia specialistą tris savaites prieš.“ Todėl mokinių sveikatos ugdymo procesas tampa nenuoseklus, fragmentiškas, neišvengiama temų dubliavimo: „<...> pakviečia kokį specialistą arba tuos pačius specialistus tris per vienus metus ir dar supuola taip, kad į tą pačią klasę jie pakliūna“. Duomenys rodo, kad yra poreikis į mokyklą kviestis specialistus iš išorės

ir tai galėtų būti vertinama kaip nepakankamas visuomenės sveikatos priežiūros specialistų pasirengimas pateikti mokiniams suplanuotą temą (pvz., rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo). Tad ar kviestiniai specialistai yra tikslingai ir kryptingai suplanuoto sveikatos ugdymo proceso dalyviai, ar atsitiktiniai žinių perteikėjai?

Kviestinis specialistas kaip sveikatos ugdytojas mokykloje. Informantai į mokyklą ateinančius specialistus vertina kaip specializuotą sritį išmanančius, tačiau neišmanančius sveikatos ugdymo mokykloje konteksto, mokinių galimybių ir žinių lygio <...> *jie ateina kaip specialistai, bet jie gi nežino šito konteksto. Jis nežino nei ką šitie vaikai moka, nei ką jie gali, ar jie čia tinkamai supras jo šitas žinias ir vat tada gaunasi dar blogiau negu kad nieko nedaryti.*“ Kita vertus, mokykla nėra uždara ateinantiems sveikatos priežiūros ar kitų sričių specialistams, tačiau ji neturi tapti atsitiktinių asmenų „tribūna“.

Socialinis pedagogas kaip aktyvus neformalaus sveikatos ugdymo dalyvis. Informantai mokykloje dirbantį socialinį pedagogą atpažįsta kaip išsitraukiantį į prevenciją neformaliose sveikatos ugdymo srityse: <...> *beje, socialiniai pedagogai įsijungia į sveikatos ugdymą, ypatingai prevenciją. Socialiniai pedagogai įsijungia daugiau į projektinę veiklą, tai, kas susiję su projektais, popamokine veikla, daugiau įsijungia socialiniai pedagogai ir padeda, ir pagelbsti, ir organizuoja.*“ Galima daryti prielaidą, kad mokytojai socialiniam pedagogui skiria sveikatos ugdytojo vaidmenį neformalaus sveikatos ugdymo aplinkose, įgyvendinant projektus.

Rezultatų apibendrinimas. Ugdymo realybėje visuomenės sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo mokyklos mokinių sveikatos ugdymo procese pedagogų vertinamas kaip nepilnavertis ir stokojantis kokybinio vertinimo, ieškant nišos edukacinės veiklos įprasminimui. Pedagogų mąnymu, šis specialistas stokoja pedagoginio pasirengimo ir ugdymo patirties, o jo galimybės turėti ilgalaikę pedagoginę sąveiką su visais mokyklos mokiniiais yra ribotos. Neišvystyta mokytojo ir visuomenės sveikatos priežiūros specialisto tarpusavio bendradarbiavimo kultūra sukuria fragmentiško ir nenuoseklaus sveikatos ugdytojo klasėse įvaizdį.

Pakviesti į mokyklą specialistai vertinami kaip specifinių ir fragmentiškų žinių mokiniams perteikėjai, nepažįstantys mokinių bei neišmanantys jų amžiaus tarpsnio ypatumų, sveikatos ugdymo poreikių.

Diskusija. Negausūs Lietuvos mokyklų medikų veiklos ir kompetencijų tyrimai (Žydzžiūnaitė, 2002, 2005; Šurkienė, Jociūtė, Chmieliauskaitė, 2003) rodo, kad mokyklose dirbantys medikai stokoja edukacinei veiklai vykdyti kompetencijų, tokių kaip sisteminio mąstymo, problemų sprendimo gebėjimų, reikalingų projektinei (programinei) veiklai įgyvendinti. Mokslo studijos kokybinio tyrimo duomenų analizė leidžia įžvelgti, jog mokytojai yra linkę skirti medikui ne projektų mokykloje koordinatoriaus, bet neformalaus sveikatos ugdytojo vaidmenį, taip pat bendradarbiauti ir paremti jį, kuriant užklasines mokymosi aplinkas tikslinėms mokinių grupėms. A. Jociutės ir A. Zaborskio (2000) įsitikinimu, mediko veikla mokykloje veiksmingesnė, jei to siekia mokykla, t. y. darbą subordinuoja pedagogai, o mokyklos medikas papildo bendrąją ugdymo programą. Sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos reglamentas (2005) išdėsto mokinių sveikatos priežiūros specialisto funkcijas, orientuotas į pagalbą pedagogams, padedant jiems vykdyti mokinių sveikatos ugdymą. Remiantis kokybinio tyrimo duomenų analize, darytina išvalga, kad mokytojų ir visuomenės sveikatos priežiūros specialisto mokykloje bendradarbiavimas susiduria su sunkumais, medikams (ar kviestiniams specialistams) sujaukus mokytojų nuosekliai valdomą sveikatos ugdymo procesą „*Aš turiu, pvz., po savaitės kalbėti apie brendimo eigą, o jinai išsikviečia specialistą tris savaites prieš.*“ „*Jis nežino nei ką šitie vaikai moka, nei ką jie gali, ar jie čia tinkamai supras jo šitas žinias ir vat tada gaunasi dar blogiau, negu kad nieko nedaryti.*“ Tai pastebėjo ir kiti mokslininkai (Žardeckaitė-Matulaitienė, 2003), todėl pažymėjo, kad organizuojami vienkartiniai paskaitos pobūdžio užsiėmimai nėra diferencijuojami įvertinant mokinių turimas žinias bei patirtį ir neturi tęstinumo. Mažos apimties, atskirų institucijų ir specialistų organizuojami projektai dažniausiai apsiriboja metodinių priemonių mokykloje platinimu.

Informantai pasigenda visuomenės sveikatos priežiūros specialistų iniciatyvos, bendradarbiavimo diskutuojant su mokytojais apie mokinių sveikatos ugdymo tikslus konkrečioje bendrojo ugdymo mokykloje, jų įgyvendinimo prielaidas, specialisto edukacinės veiklos turinį ir laiko sąnaudas.

Informantai socialinio pedagogo vaidmenį laiko reikšmingu padedant mokytojams ir kuriant neformalias ugdymo aplinkas, įgyvendinant prevencines projektines ir popamokines edukacines veiklas. Šiam specialistui patikimos prevencinės veiklos, orientuotos į vaikus ir paauglius bei jų šeimas, patekusias į socialinės rizikos grupę (Kvieskienė, 2003; Kučinskas, Kučinskienė, 2000; Lukoševičienė, 1999).

4.2. Mokyklos mediko vaidmenys ugdant mokinių sveikatą

Mokyklos mediko vaidmenys: teorinis aspektas. Mokyklos mediko rūpestis – užtikrinti pirminės asmens sveikatos priežiūros mokiniams paslaugų prieinamumą, pagalbą jiems visaverčiai dalyvauti ugdymo procese, saugoti juos, panaikinti ar keisti sąlygas, kurios trukdo asmeniui ar jų grupėms augti, jaustis saugiai ir siekti ugdymosi rezultatų (Wold, Dagg, 2001; Ericksen, 1998). Tradicinės mokyklos mediko praktikos sritys yra pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, saugios mokyklos aplinkos palaikymas ir mokinių sveikatos mokymas / ugdymas, įgyvendinant savirūpos bei susirgimų profilaktikos priemones, planuojant išteklius ir kontaktus, parenkant sveikatos ugdymo strategijas, plėtojant mokyklos bendruomenės narių bendradarbiavimo struktūras (Caliandro, Judkins, 1988). (žr. 22 lentelę).

22 lentelė. Mokyklos mediko praktikos sritys
(remiantis G. Caliandro, B. Judkins, 1988)

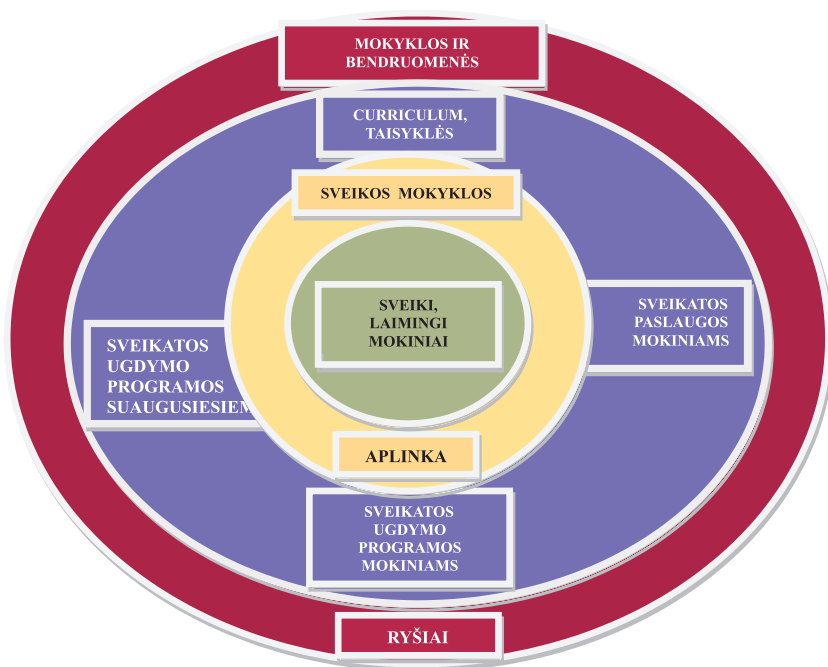
Sveikatos priežiūros paslaugos	Saugios aplinkos palaikymas	Sveikatos ugdymas
1. Sveikatos įvertinimas: 1.1. gyvenimo ir sveikatos duomenys; 1.2. sveikatos patikrinimo testai, referuojantys išrašai; 1.3. imunizacija (ar pagalba procese).	1. Priežiūra, susijusi su: 1.1. infekcinėmis ligomis; 1.2. sveika aplinka, sąlygomis; 1.3. saugia veikla, įrenginiais.	1. Planavimas: 1.1. programos įgyvendinimas; 1.2. mokymo išteklių numatymas; 1.3. kontaktų užmezgimas.
2. Pirmoji medicinos pagalba: 2.1. traumų atvejais; 2.2. susirgimų atvejais.	2. Sveikatai ir aplinkai palankių iniciatyvų ir programų rėmimas.	2. Sveikatos ugdymas: 2.1. individualus; 2.2. grupėse; 2.3. formalus mokymas klasėse.

22 lentelės tęsinys

Sveikatos priežiūros paslaugos	Saugios aplinkos palaikymas	Sveikatos ugdymas
3. Rūpinimasis vaikų sveikata: 3.1. ūmių ir lėtinių susirgimų valdymas; 3.2. sveikatos konsultavimas.		3. Ryšių su mokinių tėvais ir bendruomene palaikymas, tėvų mokymas.
4. Paslaugos vaikams, turintiems specialių sveikatos priežiūros poreikių.		

Mokyklos mediko vaidmens unikalumą lemia tai, kad jo veikla yra susieta su sveikatos apsaugos ir švietimo institucijomis, todėl sveikatos priežiūros specialisto praktika yra veikiamą ar keičiamą tų institucijų elgesio standartų, kurie tampa ir jo veiklos kontrolės priemone. Mokykloje dirbančiam specialistui šiandien nepakanka atlikti rutinines ir reglamentuotas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros veiklas, būtinas „išorinei“ profesinei vaidmens raiškai. Mokinių sveikatos priežiūrą vykdančiam specialistui tampa svarbus mokyklos, kaip ugdymo institucijos visumos, su joje egzistuojančiais tikslais, normomis, tradicijomis, ryšiais pažinimas ir savo, kaip sveikatos ugdytojo, unikalaus profesinio vaidmens plėtojimas.

Mokslininkai (Barnes ir kt., 2004; Erikcen, 1998) mokykloje dirbančiam sveikatos priežiūros (slaugos) specialistui priskiria aktyvaus mokyklos bendruomenės sveikatos stiprinimo programos dalyvio vaidmenį, įgyvendinant sveikos (saugios) mokyklos aplinkos palaikymą, mokyklos ugdymo programą (*curriculum*), sveikatos priežiūros paslaugas mokiniams, tikslines sveikatos ugdymo programas mokiniams ir suaugusiesiems, inicijuojant mokyklos bendruomenės ir bendruomenės, kurios teritorijoje yra mokykla, partnerystę (žr. 3 pav.).



3 pav. Mokyklos bendruomenės sveikatos stiprinimo dėmenys
(remiantis C. Erikcen, 1998)

Kokie kiti vaidmenys įgyvendinami specialisto praktikoje?

Amerikos mokyklų sveikatos asociacija (1981) mokyklos bendruomenės slaugos specialistui patikėjo profesionalios pagalbos – sveikatos priežiūros paslaugų mokiniams teikėjo, konsultanto ir sveikatos ugdytojo bei organizatoriaus vaidmenis. Vėliau mokyklų slaugytojų asociacija (1995) apibrėžė ir išplėtė šio specialisto vaidmenų sąrašą nuo sveikatos ugdytojo / mokytojo (informacijos teikėjo ir konsultanto) iki mokinių sveikatos priežiūros planuotojo ir koordinatoriaus, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo ir poreikių tyrėjo. Specialisto praktikos savitumas pasižymi profesionalaus rūpinimosi veiklų sujungimu: atliekant mokyklos sveikatos stiprinimo komandos nario vaidmenį, konsultacijas mokiniams ir suaugusiesiems (tėvams ir mokyklos personalui), mokinių sveikatos ir gyvenamosios tyrimų duomenų įvertinimą, saugios mokyklos aplinkos

plėtojimą. Taip pat profesionaliu ir atsakingu rūpinimusi atskiru vaiku ar jų grupe, kuriems nustatyti individualūs tiksliniai savirūpos, sveikatos priežiūros ir su tuo susiję sveikatos ugdymo poreikiai (Ericksen, 1998) (žr. 23 lentelę).

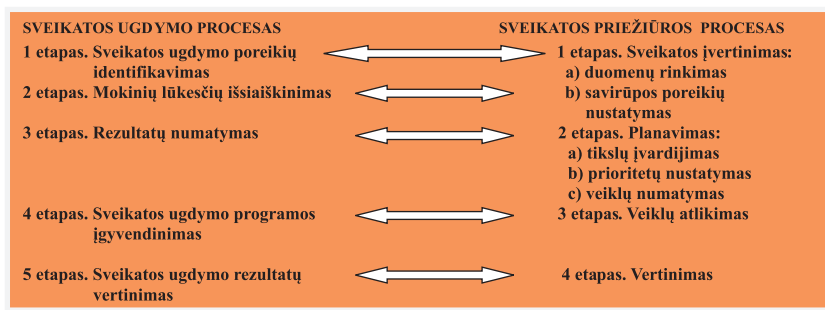
23 lentelė. **Mokyklos mediko veiklos ir vaidmenys** (remiantis C. Eriksen, 1998)

Mokyklos mediko – slaugos specialisto veiklos	Mokyklos mediko – slaugos specialisto vaidmenys
Dalyvavimas įgyvendinant sveikatos ugdymo mokykloje programą Tikslinės sveikatos ugdymo programos specialių sveikatos poreikių turintiems vaikams įdiegimas	Ugdytojas
Mokinių sveikatos ir sveikos aplinkos mokykloje įvertinimas ir palaikymas	Planuotojas ir koordinatorius
Dalyvavimas sveikatos komandos susirinkimuose	
Mokinių sveikatos priežiūros programos vykdymas	Sveikatos priežiūros paslaugų mokykloje teikėjas
Bendradarbiavimas su atitinkamomis tarnybomis ar specialistais, kurie susiję su mokinių sveikata	Informatorius ir konsultantas
Pagalbos sąveikos su mokiniais ir jų tėvais palaikymas	
Dalyvavimas sveikatos ir gyvensenos tyrimuose	Tyrėjas

Tradicinė mokyklos mediko praktikos orientacija – į didesnės rizikos asmens sveikatos priežiūros požiūriu mokyklinio amžiaus vaikus ar jų grupes. Sveikatos priežiūros specialistas apibūdinamas kaip taikantis pagalbos / priežiūros ir ugdymo priemonės mokiniams, kuriems jau nustatyti nežymūs susirgimo(-ų) požymiai, tačiau jie dar neatitinka būtinų diagnostinių kriterijų. Darbas su atskiromis ir tikslinėmis mokinių grupėmis neretai reikalauja bendrų mokyklos mediko, mokytojų, psichologų ir kitų specialistų pastangų ir koordinuotos jų veiklos.

Mokyklos mediko praktikoje sveikatos ugdymo poreikių nustatymas siejamas su mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos ir gyvensenos duomenų, savirūpos poreikių įvertinimu. B. Bradley (1997), sugretinu-

si sveikatos ugdymo ir sveikatos priežiūros procesus bei parodydama etapų ir veiklų panašumus (žr. 4 pav.), atkreipia dėmesį į tai, kad vaikų sveikatos ir savirūpos duomenų įvertinimas mokyklos medikui padeda pažinti individualius mokinio ar atskirų grupių poreikius. Tų poreikių tenkinimas – mediko profesionalo pagalba, apimanti mokinio(-ių) savirūpos gebėjimų ugdymą, kai pagalbos rezultatų vertinimas siejamas su asmens sveikatos priežiūros žiniomis ir mokinio sprendimais, paremiančiais asmeninės sveikatos stiprinimą. Kitaip tariant, profesionalas įgyvendina individualizuotas ar atskirai mokinių grupei parengtas savirūpos ugdymo programas.



4 pav. Sveikatos ugdymo ir sveikatos priežiūros procesų integralumas (remiantis B. Bradley, 1997)

Mokykloje dirbantis sveikatos priežiūros profesionalas atpažįstamas kaip tiesiogiai ir netiesiogiai nustatantis mokinių sveikatos bei gyvenamosios žinių, savirūpos ir sveikatos priežiūros poreikius, organizuodamas mokytojų, mokinių bei jų tėvų apklausas, interviu, profilaktinius mokinių sveikatos patikrinimus, taikydamas žinių testavimo priemones ir interaktyvias diskusijas bei svarstymus (Jociutė, Zaborskis, 2000).

Mediko, kaip sveikatos ugdytojo, veiklos apima sveikatos duomenų fiksavimą, kaupimą ir analizę, siekiant nustatyti vyraujančias vaikų ir jaunimo savirūpos bei gyvenamosios problemas, įvertinti esamą mokykloje besimokančių vaikų sveikatos situaciją (Ericksen, 1998; Proctor, 1993) (žr. 24 lentelę)

24 lentelė. **Mokyklos mediko – sveikatos ugdytojo veiklos**
(remiantis C. Ericksen, 1998; S. Proctor, 1993)

Vaidmens kategorija	Sveikatos ugdymo veiklos
SVEIKATOS UGDYTOJAS	Mokinių savirūpos ir sveikatos ugdymo poreikių įvertinimas
	Sveikatos ugdymo programos mokykloje įgyvendinimo etapų, išteklių, kontaktų numatymas
	Mokinių savirūpos ir sveikatos priežiūros įgūdžių ugdymas
	Vaikų, turinčių specialiųjų sveikatos poreikių, savirūpos ugdymas
	Mokinių sveikatos konsultavimas
	Mokinių, mokyklos personalo, tėvų informavimas, grupių susitikimų, kuriuose nagrinėjami sveikatos klausimai, organizavimas
	Metodinės medžiagos rengimas, sveikatos ugdymo priemonių vertinimas
	Sveikatos ugdymo medžiagos kaupimas (klasėse ir bibliotekoje)
	Holistinės sveikatos koncepcijos propagavimas mokykloje
	Prevencinių priemonių inicijavimas (pvz., mitybos, eismo saugos, transporto paslaugų)
	Pedagogų rėmimas, padedant jiems integruoti sveikatos ugdymo temas į dalyko programą
	Mokyklos personalo, kurio veikla susijusi su mokinių sveikata, mokymas
	Tėvų mokymas rūpintis vaikų sveikata

Duomenų rinkimas ir analizavimas būtinas siekiant pagrįsti profesinės veiklos reikšmę, mokslumą ir profesionalų rūpinimąsi mokinių sveikata (Aiken 2000; Ericksen, 1998; Bradley 1998). V. Žydzūnaitė (2001) nurodė, kad tyrimai gali padėti specialistams suvokti įvairaus pobūdžio problemas: kaip valdoma atitinkama situacija, atskiri jos momentai, veikiant tam tikromis sąlygomis bei aplinkybėmis; išryškinti praktines veiklos problemas ir suteikti veiklai tam tikro kryptingumo. Mokykla laikoma idealia vieta tyrimams atlikti, siekiant gauti duomenų apie psichologines, socialines vaikų ir paauglių grupių situacijas, veikiančias jų sveikatą kaip reakcijas į gyvenimo sunkumus (tėvų skyrybos, gyvenamosios vietos pakeitimas, artimo šeimos nario mirtis), situacijas, susijusias su ūmia liga, lėtinio susirgimo būseną, savižudybę namuose, asmens ar šeimos narių tabako, alkoholio, narkotikų vartojimu, sveikatą stiprinančia ar sveikatą žalojančia elgsena. B. Bradley (1998) teigimu, tyrimai leidžia pažinti

mokinių sveikatos ir savirūpos poreikius, lemia veiksmingesnes sveikatos ugdymo prieigas, orientuotas į tikslines mokinių grupes, didina paslaugų kokybę, stiprina mediko veiklos kaip integruotos praktikos įtvirtinimą ugdymo institucijoje (žr. 25 lentelę).

25 lentelė. Mokyklos mediko tyrėjo veiklos

Vaidmens kategorija	Veiklos, susijusios su tyrimais
TYRĖJAS	Bendradarbiavimas su tyrėjais ir institucijomis, vykdančiomis tyrimus, kurių tikslai orientuoti į sveikatos ir ugdymo poreikius
	Dalyvavimas nustatant sveikatos tyrimų sritis
	Dalyvavimas įgyvendinant tyrimų etapus
	Tyrimų rezultatų išvadų naudojimas mokyklos slaugos praktikoje, rengiant mokinių sveikatos priežiūros rekomendacijas, plėtojant sveikatos ir sveikatos ugdymo programas
	Vadovauti ir (ar) dalyvauti slaugos praktikos studijose, projektuojant veiksmingą mokinių sveikatos priežiūros mokykloje sistemą
	Straipsnių rengimas ir pateikimas į sveikatos ir (ar) edukacinius mokslinius žurnalus
	Etikos principų laikymasis

Duomenų rinkimas gali apimti asmenis, šeimas, siekiant pažinti visapusišką sveikatos istoriją, naudojant atitinkamas interviu technikas, įvertinti mokinių sveikatos problemas, remiantis jų pranešimais. Siekiama gauti duomenų apie vertybes ir įsitikinimus kultūriniu, religiniu aspektu, žinias apie sveikatos stiprinimą, mitybą, poilsį, fizinį aktyvumą, pažinimo, suvokimo gebėjimus, savęs suvokimo, seksualumą, streso toleranciją ir pagalbos sistemą, emocines problemas, stresą sukeliančias priežastis šeimoje, fizinę ir emocinę prievartą ir kita. Fizinės sveikatos įvertinimas ir specifiniai testai naudotini, remiantis sveikatos priežiūros tarnybos reglamentu ir mandatu, skirtu mokyklos medikui (Zaborskis, Šumskas, 2000; Bradley, 1998).

Mokslinėje literatūroje mokyklos medikas apibūdinamas kaip tyrėjas, taikantis mokslinių tyrimų metodologiją, naudojantis tyrimų rezultatus mokinių sveikatos ugdymo poreikiams įvardyti, plėtojantis profesinę praktiką mokykloje.

Planuodamas sveikatos priežiūros ir ugdymo procesų veiklas specialistas įvardija prioritetus, numato mokyklos ir bendruomenės materia-

linius bei personalo išteklius. Koordinavimo veikla yra orientuojama į bendradarbiavimo ryšių palaikymą su mokytojais, visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros (pvz., šeimos gydytojo institucija), socialinėmis ir kitomis tarnybomis, prisidedančiomis sveikatos literatūra, sveikatos renginiais, remiančiais vaikų, turinčių specifinių savirūpos ugdymo poreikių, grupes (Wold, Dagg, 2001; Ericksen, 1998). Vertinimas apima du aspektus: sveikatos duomenis (jų dinamiką) ir veiklos pokyčių planavimą, jautriai reaguojant į mokinių sveikatos priežiūros / pagalbos ir savirūpos ugdymo poreikių tenkinimą (žr. 26 lentelę).

26 lentelė. Mokyklos mediko – planuotojo / koordinatoriaus veiklos

Vaidmens kategorija	Planavimo ir koordinavimo veiklos
PLANUOTOJAS / KOORDINATORIUS	Veiklos planavimas: <ul style="list-style-type: none"> • mokinių sveikatos poreikių (mitybos, žalingų įpročių, traumų prevencijos ir kt.) nustatymas; • sveikatos ugdymo prioritetų kartu su mokyklos administracija įvardijimas; • sveikatos slaugos (priežiūros) ir sveikatos ugdymo programų įgyvendinimo išteklių (personalo ir materialinių) įvardijimas; • mokinių, tėvų ir kitų suinteresuotų tarnybų (šeimos gydytojo, psichologo, logopedo, socialinio darbuotojo) supažindinimas su veiklos programa; • bendradarbiavimo struktūros nustatymas.
	Įgyvendinimas: <ul style="list-style-type: none"> • sveikatos ugdymas / mokymas / konsultavimas / informavimas; • specifinių terapinių priemonių atlikimas (pvz., žaizdos, sumušimo priežiūra); • veiklos dokumentavimas; • problemų sprendimo strategijų naudojimas; • vadovavimasis veiklos reglamentu; • dalyvavimas veiklose, susijusiose su sveikatos tyrimais.
	Vertinimas: <ul style="list-style-type: none"> • mokinių sveikatos duomenų dinamikos vertinimas; • jautriai reaguojančio sveikatos priežiūros / slaugos specialisto vaidmens vertinimas.

Mokyklų medikai turi įvairių galimybių įgyvendinti sveikatos ugdymo veiklas – tiesiogiai konsultuoti mokinius, klausti, diskutuoti mokykloje ir už jos ribų, naudojant sveikatos priežiūros duomenis, priemones,

medžiagą: sveikatos istorijas ar sveikatos bei žinių įvertinimų apžvalgas, sveikatos priežiūros procedūrų atlikimo, saugos priemonių (riedučių, dviračių, automobilių ir kt. transporto priemonių) demonstravimą, taip pat netiesiogiai – planuoti ir koordinuoti sveikatos ugdymo bei prevencines veiklas mokykloje (Tossavainen ir kt., 2004; Drott, 2001; Aiken, 2000)

P. Drott (2001) atkreipia dėmesį į mokyklų medikų ugdymo kompetencijas, pažymėdama, mokymo(-si) metodų taikymą bei gebėjimus sudominti vaikus aktualia jiems tema, skatinti juos dalyvauti psichomotorinėse veiklose, remtis sveikatos temos praktiniu pritaikymu, sudominti mokinius klasėje pranešimais ir aktyviais mokymo metodais, pritaikytais įvertinant vaikų raidos ir sveikatos ypatumus. Svarbus mokymo(-si) trūkščių įvertinimas susijęs su vaikams nesuprantamomis instrukcijomis, specifinės medicininės terminologijos naudojimu ir ugdymui skiriamo laiko sąnaudomis.

Savirūpos ugdymo aspektai. M. Esperati ir kt. (1999), C. Erikcen (1998), D. Barnes, (1993), J. Ruth (1983) nagrinėjo mediko (slaugos specialisto) mokykloje vaidmenį, orientuotą į vaikus, turinčius specialių sveikatos poreikių – vaikus, turinčius fizinę ir (ar) psichinę negalią, sergančius lėtinėmis ligomis. Įvardijami tokie vaikų poreikiai: specialusis ugdymas, specialioji pagalba, didinanti funkcinės vaiko galimybes, minimaliai ribojanti aplinka, veiklų perimamumas. Vaikų sveikatos priežiūra mokykloje turėtų būti tikslinga – orientuota į pagalbą mokiniui mokytis, įskaitant šeimos, mokyklos specialistų bendradarbiavimo aplinkybes. Atsiranda būtinybė pedagogams ir sveikatos priežiūros / pagalbos specialistams derinti veiklos tikslus bei veiksmus, siekiant sudaryti vientisą veiklos erdvę mokiniui, taip pat organizuoti bendravimo ir bendradarbiavimo situacijas (Galkienės, 2003). Bendros sveikatos priežiūros specialisto ir mokytojų darbo su vaikais, turinčiais specialiųjų poreikių, mokykloje reikmės yra *sveikatos informacijos teikimas* (sveikatos būklė, mitybos reikalavimai, vaistų vartojimas, pagalbinių priemonių naudojimas), *bendravimas ir bendradarbiavimas* (su tėvais, specialistais), *išteklių integravimas* planuojant ir įgyvendinant ugdymo ir (ar) specialiosios pagalbos programas (Esparti ir kt. 1999).

J. Ruth (1983) mokyklos mediką aiškino kaip atliekantį mokinių „*mokymosi lengvintojo*“ vaidmenį, kurio veikla grindžiama savirūpos modeliu,

padedant asmeniui *lavinti savirūpos įgūdžius*: universaliuosius, kuriais tenkinami pagrindiniai žmogaus poreikiai ir palaikoma gera sveikatos būklė, prisitaikymo įgūdžius (pagalbinių priemonių naudojimas). Specialisto dėmesys telkiamas į savirūpos poreikių kompensavimą (visišką ar dalinį), ugdymą ir psichologinę paramą. Specialistas čia jungia *sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo ir sveikatos ugdytojo veiklas*.

J. Bomar (1996), D. Barnes, (1993), J. Ruth (1983) slaugos specialistą įvardijo kaip *vaikų ir tėvų rėmėją, kurio veikla apima mokyklos ir šeimos aplinkas*, padedant susidoroti su sunkumais, kurie provokuoja vaiko nepajėgumo ir priklausomybės būsenas. Rūpinimasis mokiniais, turinčiais sveikatos ir su tuo susijusių mokymosi sunkumų, nėra suprantamas kaip ribojantis jų laisvę (žr. 27 lentelę).

27 lentelė. Mokyklos mediko veiklos, tenkinant vaikų savirūpos ugdymo poreikius (remiantis J. Ruth, 1983)

Veiklos, orientuotos į šeimos aplinką	Veiklos, orientuotos į mokyklos aplinką
Mokinių, stokojančių savirūpos, nustatymas	Bendradarbiavimas su mokyklos ir kitais sveikatos priežiūros specialistais
Šeimos gebėjimų pripažinti vaiko savirūpos trūkumus ir sveikatos priežiūros poreikius įvertinimas	Bendradarbiavimas su pedagogais, fiksuojant vaikų sveikatos pokyčius sveikatos priežiūros teikimo klausimais
Šeimos aplinkos įvertinimas	Aiškintis susijusius sveikatos ir mokymosi aspektus
Vaiko ir tėvų orientavimas į mokinio sugebėjimus atitinkančią mokyklos aplinką	Pedagogų supažindinimas su vaiko sveikatos duomenimis ir sveikatos priežiūros planu
Vaiko savirūpos įgūdžių lavinimo strategijos tėvams išaiškinimas	Išaiškinti skirtų gydymo procedūrų ir vaistų svarbą
Vaiko reakcijų ugdymo procese stebėjimas	Įvertinti mokinio sveikatos pajėgumus, pritaikant jam tinkamą veiklą
Tėvų motyvavimas ir įtraukimas į savirūpos ugdymo procesą	Organizuoti kitas reikalingas paslaugas (socialines, transporto, mitybos)
Sveikatos priežiūros procedūrų organizavimas ir atlikimas	Vertinti vaiko rūpinimosi savimi gebėjimus
Tėvų rėmimas, informavimas apie sveikatos ir socialinės paramos gavimo galimybes	Vaikų elgsenos reakcijų aiškinimasis
Vaiko ir šeimos rėmimas bei palaikymas	Mokyti mokyklos personalą pastebėti vaiko poelgius, reakcijas, susijusias su priežiūros / slaugymo procedūromis

Rūpinimasis grindžiamas pagalbos sąveika, kuri kuriama veikiant asmens vardu, kai jis pats to padaryti negali; padedant jam, remiant jo pastangas, kuriant aplinką, kurioje skatinamas asmenybės vystymasis, įvertinant, ką ugdomasis gali išmokti daryti pats. Tačiau nuolatinė specialistų pagalba gali apriboti asmens veikimo laisvę ir atimti galimybę išgyventi savarankiškai atlikto veiksmo džiaugsmą (Galkienė, 2003).

Taigi mokyklos mediko profesionalus rūpinimasis mokiniais čia telkiasi į savirūpos ugdymą, pagalbos sąveikos kūrimą, remiant mokinius ir jų tėvus, bendradarbiaujant su mokyklos ir kitais specialistais bei tarnybomis, atliekant susijusius sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo, sveikatos ugdytojo, rėmėjo, organizatoriaus / koordinatoriaus veiklas.

Specifines mokyklų medikų kompetencijas, leidžiančias padėti mokiniams, turintiems psichinės sveikatos sunkumų namuose ir mokykloje (emocinės, elgsenos problemos, nerimas, depresija, psichikos ligos (šizofrenija, psichozė), mitybos sutrikimai), pateikė Sh. Leighton (2003). Autorė pažymėjo mokyklos mediko kompetencijų poreikius, susijusius su profesionalios pagalbos mokiniams teikimu: vaikų psichinės raidos, psichiatrijos, psichologijos žinias bei gebėjimus, reikalingus situacijoms, susijusioms su mokinių stresu, agresija, savęs žalojimu, pykčio protrūkiu, triukšmingu elgesiu, užgauliojimu, priklausomybe ir susirgimų valdymu.

Sveikatos informacijos poreikis iškyla mokiniams ir jų tėvams bei mokytojams, susidūrus su sveikatos problemomis, kai norint jas išspręsti, reikia turėti žinių apie sveikatos priežiūros, socialinės paramos ar reabilitacijos institucijas ir jų teikiamas paslaugas. Mokyklos medikas, atliekantis sveikatos informacijos teikėjo ir priėmėjo bei skleidėjo vaidmenis, vertinamas kaip tiesiantis tiltą tarp sveikatos priežiūros institucijų ir mokyklos (žr. 28 lentelę).

28 lentelė. Mokyklos medikas – sveikatos informacijos teikėjas

Vaidmens kategorija	Informavimo veiklos
INFORMACIJOS TEIKĖJAS	Informacijos, susijusios su sveikata, perdavimas mokiniams, jų tėvams ir mokyklos personalui, naudojant žodines ir rašytines bendravimo formas
	Panešimų rengimas, pagrindžiant turinį atitinkamomis sveikatos priežiūros veiklomis ir duomenimis

28 lentelės tęsinys

Vaidmens kategorija	Informavimo veiklos
INFORMACIJOS TEIKĖJAS	Informacijos apie mokinių sveikatos situaciją kaupimas, analizavimas, naudojimas, laikantis konfidencialumo principų ir juridinio reglamento
	Dokumentacijos kaupimas ir saugojimas, vadovaujantis reglamentu
	Ryšių ir sąveikos kūrimas su mokiniais, mokyklos personalu ir kitais specialistais, kurie susiję su sveikatos ir sveikatos ugdymo poreikiais
	Mokyklos sveikatos priežiūros (slaugos) situacijos pristatymas mokyklos vadovams ir kitiems mokyklos specialistams, siekiant sveikatos stiprinimo tęstinumo

Specialistas apibūdinamas kaip mokinių, jų šeimų rėmėjas ir patarėjas, kai informacijos turinys pateikiamas žodinėmis ar rašytinėmis formomis, pagrindžiamas sveikatos priežiūros paslaugomis ir mokinių sveikatos poreikiais (Bydam, 2000; Eriksen, 1998). Veiklos veiksmingumas priklauso nuo to, kaip pavyksta išspręsti informacijos rinkimo, pateikimo, kaupimo, apdorojimo ir naudojimo klausimus (Damašienė, 2002).

Informacinių technologijų valdymo kompetencija pripažįstama kaip daranti įtaką sveikatos priežiūros praktikos valdymo kokybei. Informacinių technologijų (mokyklos mediko darbo vietos kompiuterizacija) naudojimas išplečia ne tik keitimosi informacija galimybes, bet ir palengvina sveikatos priežiūros veiklą, tokių kaip mokinių sveikatos duomenų kaupimas; reikiamos informacijos persiuntimas, padedantis kontroliuoti mokyklos fizinius duomenis; sveikatos ugdymo ir konsultavimo bei pranešimų, ataskaitų apie slaugos mokykloje veiklas rengimas; visuomenės sveikatos paslaugų mokiniams teikimo registracija, fiksavimą ir padeda stiprinti specialisto kompiuterio programinio valdymo įgūdžius (Lee, C – Y., Kim I – S. (1997).

Sveikatos konsultavimu mokyklos medikas paremia mokinio pastangas įveikti sunkumus (sunkumai mokinio namuose ir mokykloje, emocijų, elgsenos problemos, nerimas, depresija, psichikos ligos (šizofrenija, psichozė), mitybos sutrikimai), galinčius sukelti asmens fizinės ir psichinės sveikatos sutrikimų, padedant suprasti sveikatos sąsajas su gyvenimo ir mokymosi aplinka (Leighton, 2003; Bydam, 2000; Eriksen, 1998). Autoriai pažymi konsultavimo ir paramos reikšmę rūpinantis mokinių psi-

chine sveikata. Konsultantas čia remiasi asmenine mokinio patirtimi ir, esant poreikiui, supažindina su susirgimo valdymo strategijomis.

B. Engberg (1997) pabrėžė specifines mokyklų medikų kompetencijas, reikalingas sveikatos konsultavimo aplinkai sukurti: pasitikėjimo plėtojimas, patvirtinimas ir supratimas, skatinimas ir laiko skyrimas, rūpinimasis ir patogumo sukūrimas, patarimų ir informacijos teikimas, silpnųjų gynimas.

Konsultavimas, kaip sveikatos ugdymo veikla, orientuojamas į pagalbą mokiniui susidoroti su sunkumais, situacijomis, veikiančiomis jo fizinę ir (ar) psichinę sveikatą. Palaikomas grįžtamasis ryšys, kuris padeda asmeniui suprasti savo patirtį, įvardyti problemas, kad tuo remdamasis jis galėtų priimti reikšmingus sprendimus.

Pirminės asmens sveikatos priežiūros / pagalbos gebėjimų ugdymas mokykloje įgyvendinamas apibūdinamas kaip bendruomenės lygmens priemonė (programa), kurioje dalyvauja ne tik mokiniai, bet ir pedagogai, mokinių tėvai bei kitas personalas. Suaugusiųjų mokymas – sudėtinė mokyklos mediko praktikos dalis, kuri, C. Ericksen (1998) teigimu, orientuota į mokyklos personalą ir tėvus, formuojant pirmosios pagalbos teikimo įgūdžius, supažindinant su užkrečiamųjų ligų, traumų profilaktika bei sveikatos rizikos veiksniais, mokinių sveikatos būklės testavimo rezultatais. Medikas pripažįstamas kaip ugdymo programos suaugusiesiems organizatorius, kurio veiklą lemia mokyklos vadovų palaikymas ir paremiančios pozicijos išreiškimas. Koordinuojama programa apima pranešimų mokyklos personalui rengimą, jų informavimą apie vaikus, turinčius didelę pirmosios pagalbos riziką (pvz., vaikai, sergantys cukriniu diabetu, alergijomis, astma, turintys emocinių sutrikimų ar negalią). Ši programa numato mokytojų ir kito mokyklos personalo mokymus, kaip reikia elgtis vaiko traumos ar ūmaus susirgimo atveju, kaip suteikti pagalbą, kada ir kaip naudotis profesionalios pirmosios pagalbos paslaugomis ar kitomis transportavimo priemonėmis, pranešti tėvams ir vykdyti įvykio registraciją ar pranešimą (Ericksen, 1998, Caliandro, Judkins 1988) (žr. 29 lentelę).

29 lentelė. Mokyklos medikas – pagalbos teikėjas

Vaidmens kategorija	Veiklos programa
PIRMOSIOS PAGALBOS TEIKĖJAS	Planavimas: <ul style="list-style-type: none"> pirmosios pagalbos tikslų nustatymas ir priemonių įvardijimas (pvz., pirmosios pagalbos telefonai nurodomi ant visų mokyklos telefonų aparatų, pirmosios pagalbos priemonių ir procedūrų sąrašas patvirtinamas ir pateikiamas atitinkamiems asmenims); pirmosios pagalbos instrukcijų, nuorodų pateikimas mokiniams ir mokyklos personalui.
	Įgyvendinimas: <ul style="list-style-type: none"> krizinių situacijų atpažinimas, reikiamos pagalbos teikimas; procedūrų atlikimas, bendradarbiaujant su sveikatos priežiūros teikėjais, konsultantais, mokyklos vadovais ir kitu personalu; krizinių situacijų, traumų registracija.
	<ul style="list-style-type: none"> mokinių, jų tėvų ir mokyklos personalo informavimas apie pirmosios pagalbos teikimo atvejus ir teikimo reglamentą; mokinių ir mokyklos personalo supažindinimas su situacijomis, keliančiomis grėsmę sveikatai, su pirmosios pagalbos organizavimu mokykloje; mokinių, tėvų ir mokyklos personalo konsultavimas traumų prevencijos klausimais (pvz., apie vaisių, „kvaišalų“ vartojimą ir traumas, transporto saugos priemonių naudojimą ir kt.), siekiant įtvirtinti pirmosios pagalbos žinias ir įgūdžius.
	Įvertinimas: <ul style="list-style-type: none"> nuolatinis informacijos, duomenų apie mokinių ir kitus nelaimingus atvejus ar traumas įvertinimas; rekomendacijų traumoms išvengti teikimas; pirmosios pagalbos organizavimo mokykloje plano koregavimas.

Rūpinimasis sveika ir saugia mokyklos aplinka. C. Ericksen, (1998), G. Caliandro, B. Judkins (1988) įsitikinimu, mokyklos mediko interesas yra remti sveikos mokyklos aplinkos užtikrinimo iniciatyvas ir reglamentuojančių nuorodų, rekomendacijų įdiegimą. Sveikos mokyklos aplinkos programa apima fizinę (suolų pritaikymas, apšvietimas, vėdinimas, geriamasis vanduo ir kt.), psichologinę (mokinių tarpusavio, mokytojų ir mokinių, mokytojų ir mokytojų, mediko, mokytojų ir mokinių santykiai,

pagalbos sąveika) bei socialinę (bendraamžiai, šeima) mokinio aplinkas ir siejamas su sveikatos ugdymu (žr. 30 lentelę).

30 lentelė. **Sveikos / saugios aplinkos vystymas – mokyklos mediko veiklos**

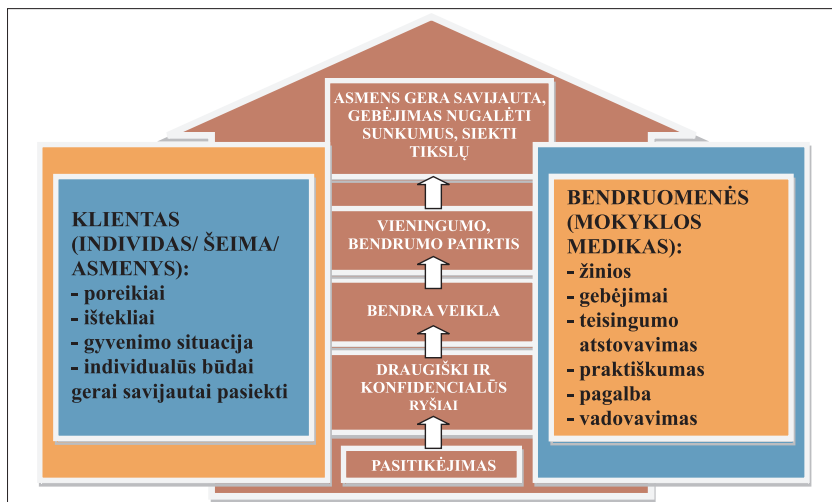
Programos pavadinimas	Veiklos
SVEIKA / SAUGI MOKYKLOS APLINKA	<ul style="list-style-type: none"> • saugią aplinką reglamentuojančių nuorodų, procedūrų ir politikos įdiegimas kartu su mokyklos administracija (priešgaisrinė sauga, eismo sauga, apsaugos priemonių naudojimas); • mokyklos administracijos informavimas apie nesaugius, netinkamus įrenginius, kurie gali turėti įtakos sveikatai ar mokinių mokymosi pasiekimams; • pozityvių ryšių ir pagalbos sąveikos palaikymas, saugant emocinę mokyklos aplinką; • pagalba mokytojams planuoti ugdymą, atsižvelgiant į sveikos aplinkos palaikymo rekomendacijas; • mokyklos personalo inicijavimas dalyvauti kuriant sveiką aplinką ir nustatant kliūtis; • bendradarbiavimas su mokinių tėvais; • tarpprofesinės komandos nario vaidmens mokykloje ir bendruomenėje demonstravimas; • identifikavimas institucijų, kurių ištekliai ir pagalba galėtų būti naudingi mokyklai.

Mediko tarpprofesinės komandos nario vaidmuo demonstruojamas mokykloje ir bendruomenėje įgyvendinant saugios ir sveikos mokyklos aplinkos vystymo priemones.

Mediko ir mokinio pagalbos sąveikos charakteristikos. Mokyklos medikas rūpinimosi mokiniiais procese siekia veiksmingesnės jų tarpasmeninės ir asmens bei aplinkos, kurioje gyvena ir mokosi, sąveikos. Ji yra grindžiama bendradarbiavimu, pagalba asmeniui įveikti sunkumus. Sąveikai būtinas pasitikėjimas, draugiški, konfidencialūs ryšiai, bendra veikla ir patirtis (Paavilainen, Astedt–Kurki, 1997) (žr. 5 pav.).

S. Wold, N. Dagg (2001), J. Doris, K. Mischke (1996) pateikė sąveikos, atsirandančios pagalbos procese, charakteristikas: pagalbos ryšių plėtojimas, siekiant įgyti vaikų ir tėvų pasitikėjimą, kartu sprendžiant kilusias problemas, patiriant situacijas, kai reikia konfidencialumo ir jautrumo (pvz., paauglių nėštumo, vaiko nepajėgumo mokytis kartu su bendraamžiais problemos). Sąveika priklauso nuo sveikatos specialisto asme-

nybės savybių, pasitikėjimo savimi, kaip pagalbos teikėju, gebančiu taikyti bendravimo ir sveikatos ugdymo strategijas.



5 pav. Mokinio ir mokyklos mediko sąveikos, pagrįstos bendradarbiavimu, prielaidos
(remiantis E. Paavilainen, P. Astedt-Kurki, 1997)

Kiti autoriai (Ericksen, 1998; Oliver, 1993) pabrėžia mokyklos mediko gebėjimus palaikyti pagalbos ryšius – motyvuoti ir skatindami mokinius išsakyti savo lūkesčius, kartu nustatant sveikatos ir elgesio, turinčio įtakos sveikatai, problemas, diskutuoti gyvensenos ir susirgimų profilaktikos temomis, dalyvaujant savivalbos grupėse. Mokinių poreikių pažinimas ir gebėjimai taikyti tikslines edukacines priemones – reikšminga mokyklos mediko kompetencija, padedanti analizuoti mokinių motyvacijos klausimus: ar mokiniai nori aktyviai dalyvauti sveikatos ugdymo procese, nes jiems įdomu (vidinė motyvacija), ar todėl, kad tai daryti liepiama (išorinė motyvacija). Mokyklos medikui svarbu gebėti sukurti edukacinę aplinką, kurioje mokiniai galėtų jaustis saugiai ir dalytis asmenine patirtimi, o nagrinėjami sveikatos bei profilaktiniai klausimai būtų vertingi ir pagrįsti praktiniu pritaikymu.

R. Wondrak (1998) nurodė tarpasmeninei sąveikai palaikyti reikalingus gebėjimus: bendravimo, konsultavimo, socialinius, terapinius, as-

menybinius. Neretai tarpasmeninė sąveika suprantama kaip bendravimo įgūdžių taikymas tiesioginio kontakto metu, o geri tarpasmeninės sąveikos palaikymo gebėjimai pripažįstami kaip esminiai siekiant tinkamos pagalbos asmeniui. Veiksmingas bendravimas padeda priartėti prie mokinio, aiškiai ir tiksliai nustatyti problemas ir plėtoti veiklą (Oliver, 1993). Bendravimas atlieka ne tik komunikacijos, bet ir interakcijos – poveikio vienų kitiems – funkciją (Galkienė, 2003).

Ugdomosios informacijos perteikimas bendravimu ir bendra veikla laikytinas pedagoginiu bendradarbiavimu. Bendradarbiaujant atsiranda geresnis savęs vertinimas, labiau su užduotimi susijęs elgesys, stipresnė vidinė motyvacija, palankesnis požiūris į bendravimo partnerius, aukštesnio lygmens mąstymas, teigiamo psichologinio prisitaikymo galimybė (Galkienė, 2003).

Tačiau bendravimą ir bendradarbiavimą gali apsunkinti autoritetų (pvz., tėvų, mokytojų), kurie viską išmano ar vertina klientus (pvz., vaikus) kaip nelygiaverčius, nesubrendusius ar nepajėgius formuluoti savo norų, skirtingas vertybių supratimas (pvz., vaikų ir suaugusiųjų). Todėl mokyklos medikui aktualu išvelgti sveikatos individualumą per asmens išgyvenimus, supratimą, ką asmuo pats gali padaryti dėl jam vertingų dalykų.

Mokyklos mediko – sveikatos ugdytojo kompetencijos tobulinimo poreikiai. L. Sajienė (2001; 2003) tyrė pedagoginius gebėjimus slaugos specialistų kvalifikacijos struktūroje ir nurodė penkias kompetencijų grupes: dalykinės, vadybinės, *pedagoginės*, psichologinės, socialinės. Pedagoginė kompetencija – tai mediko gebėjimai veiksmingai naudoti klientų ir savo žinias bei ugdymo / mokymo priemones ir pasiekti rezultatų, kurie patenkintų sveikatos stiprinimo poreikius bei tikslus. Autorė pabrėžė, kad specialistams aktualu suvokti pedagoginės veiklos kryptį, konkretų tikslą, mokėti sudaryti savirūpos bei sveikatos priežiūros ugdymo programas ir taikyti įvairius ugdymo(-si) metodus, organizuoti sveikatos ugdymo procesą.

E. Adaškevičienės (1999) teigimu, sveikatos ugdytojas turi būti sveikas žmogus plačiąja prasme arba privalo stengtis tokiu tapti ir rodyti pavyzdį kitiems, skleisti sveikatos prioritetą profesinio ir asmeninio gyvenimo situacijose.

Lietuvos mokslininkai (Glumbakaitė, Šeškevičius, 2010; Žydzžiūnaitė, Merkys, Petrauskienė, 2006; Čiuvašovienė, 2004) atkreipė dėmesį į bendruomenės slaugos specialistų darbo aplinką ir sveikatą veikiančius veiksnius. Lietuvoje klostosi paradoksali situacija – slaugos specialistams keliama vis didesni profesiniai ir psichologiniai reikalavimai, nei teikiami įgaliojimai priimti savarankiškus sprendimus, menka metodinė ir socialinė parama, todėl specialistai darbe patiria didelį stresą. Kitų supratingumą, galimybes išsakyti ir pagarbos poreikius specialistai, dirbantys bendruomenės susirgimų profilaktikos srityje, vertina kaip pačius reikšmingiausius. Pagrindiniai stresoriai yra psichologinės kilmės ir nulemti darbo organizacinių veiksnių, tokių kaip darbo perkrova, veiklos kokybės bei kontrolės stoka, įtemti santykiai su vadovais ar kitais darbuotojais, tačiau specialistai dažnai stengiasi nepastebėti streso ir nuovargio, o tai nesumažina ne tik profesinių klaidų, bet ir jų individualios sveikatos sutrikimų tikimybės (Januškevičius, Vasilavičius, Tamkutonienė, 2006). Remiantis mokslininkų pastebėjimais, galima daryti įžvalgą, kad sveikatos priežiūros specialistas, neretai, dirbantis ir mokyklų bendruomenėse, ir pirminėje asmens sveikatos priežiūros institucijoje, patiria psichologinę įtampą, todėl jam gali būti sudėtinga su atsidavimu ugdyti mokinių savirūpos gebėjimus ar konsultuoti vaikų tėvus susirgimų profilaktikos ir sveikatos priežiūros klausimais. Nors pastarųjų metų tyrimų duomenys rodo, kad Lietuvos mokyklose dirbantys sveikatos priežiūros specialistai konsultuoja mokinius ir jų tėvus įvairiose situacijose, tačiau nemaža jų dalis, ypač dirbančių kaimo bendruomenėse, jei galėtų, rinktųsi kitą darbą (Žeromskienė, Šurkienė, Namajūnaitė, Aleksejevaitė, 2009). Kita vertus, mokyklos mediko – sveikatos ugdytojo kompetencijos raiška gali būti problemiška – nulemta jo sveikatą veikiančių veiksnių: nepalankios darbinės aplinkos bei tarpusavio santykių, rūpinimosi asmenine sveikata gebėjimų stoka.

Bendruomenės medikų – slaugos specialistų elgesio bruožus ligų profilaktikoje atskleidė Čiuvašovienė (2004), nagrinėjusi gripo skiepų atsisakymo priežastis. Medikų skiepijimosi nuo gripo ignoravimas siejamas su žinių apie gripo kliniką, komplikacijas, vakcinos veiksmingumą ir saugumą trūkumu, nepakankamu supratimu ir dalyvavimu susirgimų profilaktikos programose, kuriose skatinama dalyvauti visa visuomenė ar mokyklų bendruomenių nariai – mokytojai, mokiniai ir jų tėvai.

Sveikatos priežiūros fakulteto studentų požiūrio į lytinį gyvenimą ir neplanuotą nėštumą tyrimas (Gostevičienė, Narvilienė, 2004) atskleidė sveikatos vertybių ir sveikatos raštingumo ugdymosi aktualiją. Pagrindiniai informacijos šaltiniai apie apsaugą nuo neplanuoto nėštumo būsimos medikės įvardija masinės informacijos priemonės ir draugus, pripažįsta žinių poreikį lytinio gyvenimo klausimais, nes mano, kad viena iš profesinės veiklos krypčių yra sveikatos ugdymas.

Darytina prielaida, kad būsimų sveikatos priežiūros specialistų elgesys gali būti nulemtas sveikatos raštingumo stokos, naudojant abejotino patikimumo informaciją. Taip pat gali būti keliamas klausimas: kokios vertybės ir kokia sveikatos ugdymo samprata diegiama sveikatos priežiūros specialistų profesinio rengimo procese? Kaip užtikrinamas sveikatos ugdymo praktinis pritaikymas ir būsimų sveikatos priežiūros specialistų – sveikatos ugdytojų kompetencijos sąsajų su asmenine patirtimi analizavimas studijų procese? Matyt, atsakymų į keliamus klausimus paieška reikalautų platesnių tyrimų ir diskusijų.

Apibendrinimas. Mokslinės literatūros analizė leido išryškinti savitus mokinių sveikatos priežiūros specialisto – sveikatos ugdytojo bruožus ir orientacijas į 1) visų mokinių savirūpos bei sveikatos priežiūros (vartotojo) gebėjimų ugdymą; 2) į atskirą asmenį ar tikslinę grupę, padedant atpažinti nesveikatos požymius ir priimti atitinkamus sprendimus gerai savijautai atkurti. Sveikatos ugdymas pasižymi praktiniu – taikomoju pobūdžiu, pagrįstu patyriminiu mokymu(-si), pripažįstant vaiko sveikatos pokyčius bei individualią jo patirtį kaip pagrindą mediko ir mokinio ugdymo sąveikai vystyti. Medikas, įvertinęs mokinių asmens sveikatos priežiūros poreikius, konstruoja sveikatos ugdymo veiklas: tiesiogiai konsultuojant ir informuojant, ugdant atskiros asmens ar grupės savirūpos, profilaktinės sveikatos priežiūros / pagalbos, saugios aplinkos palaikymo gebėjimus ir netiesiogiai – įgyvendinant planavimo – koordinavimo, tarpininkavimo mokykloje ir bendruomenėje veiklas.

Bendruomeninis sveikatos ugdymas mokyklos mediko praktikoje orientuotas į ugdymo institucijos bendruomenės narių (mokytojų, tėvų ar globėjų) gebėjimus, leidžiančius pažinti mokinių ir bendruomenės (klasės, mokyklos, miesto) sveikatos priežiūros ir jos stiprinimo ryšius; pade-

dančius spręsti ir valdyti su sveikata susijusias vaikų problemas, naudotis mokyklos specialistų ir bendruomenės narių pagalba bei asmens sveikatos priežiūros paslaugomis.

Mokyklos mediko ir mokinio sąveika, grindžiama rūpinimosi vertybėmis, vystant pagalbos ryšius, bendravimą ir bendrą patirtį, lemiamą asmenybės savybių, kompetencijos bei etikos. Mokyklos medikas apibūdinamas kaip rūpinimosi sveikata vertybių ir žinių teikėjas, skatinantis mokinių įsitraukimą į sveikatos ugdymo procesą, juos pažindamas, palaikydamas bei remdamas.

Mokslininkai pripažįsta, kad sveikatos ugdymas yra sudėtingas psichologinis ir ilgalaikis pedagoginis procesas, reikalaujantis ne tik žinių, bet ir profesinio meistriškumo, bendradarbiavimo su mokinių ugdymo, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros bei psichologinių tarnybų dalyviais.

Bendroji sveikatos ugdytojo kompetencija apibūdinama kaip padedanti įgyvendinti sveikatos ugdymo procesą, orientuotą į visus mokinius, siekiant universalios pirminės susirgimų profilaktikos tikslų. Specialioji sveikatos ugdytojo kompetencija siejama su mediko veikla, nukreipta į didesnės rizikos mokinius ar jų grupes, tenkinant individualizuotus jų poreikius. Asmenybinė sveikatos ugdytojo kompetencija susijusi su mokyklos mediko gebėjimais remtis sveikatos vertybėmis asmeniniame gyvenime, demonstruojant sveikatai palankų elgesį ar pavyzdį.

Sveikatos ugdytojo kompetencija yra mokyklos sveikatos priežiūros specialisto kompetencijos sudedamoji dalis, leidžianti įprasminti profesinę praktiką, derinant praktiko ir sveikatos ugdytojo vaidmenis (nuo sveikatos konsultanto, informacijos teikėjo iki planuotojo / koordinatoriaus bei tyrėjo).

4.2.1. Sveikatos ugdytojo vaidmens raišką lemiantys veiksniai

Mokyklos mediko – sveikatos ugdytojo vaidmens tyrimas remiasi teorine analize, kiekybinių ir kokybinių tyrimo metodų derinimu. Kiekybinio tyrimo duomenys papildomi toje pačioje populiacijoje atliekant kokybinį tyrimą.

1) Kiekybinio tyrimo įrankio – klausimyno struktūra apima mokyklos mediko statusą; tradicinius ir šiuolaikinius mokyklos mediko vaidme-

nis, sveikatos ugdymo veiklas; sveikatos ugdymo dalyvių sąveiką; sveikatos ugdytojo kompetenciją. Apdorojant apklausos raštu duomenis, taikyti aprašomosios statistikos procentinės išraiškos parametras, faktorinės analizės metodą. Faktorinės analizės metode kintamieji redukuojami į kintamųjų „rinkinius“ (faktorius), kurie teoriškai interpretuojami. Gautiems faktoriams suformuluojami teoriškai prasmingi, atsiliepiantys į tyrimo problematiką, pavadinimai (Žydzūnaitė, 2006; Šaparnis, Merkys, 2000).

2) Greta kiekybinės tiriamojo reiškinio analizės papildomai analizuojami kokybinio tyrimo duomenys, naudojant kokybinę turinio analizę. Metodo medžiagą sudaro atsakymų į du atvirojo pobūdžio klausimus „Ką Jums reiškia rūpestis vaiku?“ ir „Ką Jums reiškia ugdyti vaikų sveikatą?“ tekstas. Klausimai integruoti į klausimyną, skirtą mokyklų medikams, o gauti atsakymai atspindi mokyklų medikų edukacinės veiklos raišką rūpinimosi mokinių sveikata požiūriu. Vadovautasi (Žydzūnaitė, 2007; Mayring 2001) pateiktais analizės žingsniais: *Tyrimo technikos*: naudoti atvirojo pobūdžio klausimai. Tekstas „kalba“: gautuose tekstuose atsispindi žmonių patirtys, nuostatos, jausmai, konkretizuojamas kontekstas. Analizės taisyklės: teksto turinys analizuojamas nuosekliai, žingsnis po žingsnio, remiantis konkrečios metodologinės procedūros taisyklėmis ir dalijant nagrinėjamą turinį į analitinius vienetus. Kategorijos / subkategorijos yra turinio analizės esmė: teksto interpretavimas vyksta remiantis iškeltais tyrimo klausimais, į kuriuos atsakoma per suformuluotas kategorijas (žr. 31 lentelę).

31 lentelė. Subkategorijos turinio ir kategorijos formulavimas

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
...Ugdyti <...> vaiko asmenybę...	Mokinio asmenybės ugdymas	UGDYMAS
...Ugdyti <...> pasitikėjimą savimi ir savo jėgomis...	Mokinio pasitikėjimo savimi ugdymas	
...formuoti: sveikos gyvensenos įgūdžius...	Sveikos gyvensenos įgūdžių formavimas	
...Reiškia tinkamą savo žinių perteikimą ugdant vaiko sveiką gyvenimo būdą...	Žinių apie sveiką gyvenimo būdą perteikimas mokiniui	
...Mokyti savarankiškumo...	Savarankiškumo mokymas	
...Mokyti <...> tarpusavio pagarbos...	Tarpusavio pagarbos ugdymas	
...Mokyti <...> tolerancijos kitiems...	Tolerancijos ugdymas	

31 lentelės tęsinys

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
...Mokyti <...> ruošti šeimai nuo mažens...	Mokinio rengimas šeimai	UGDYMAS
...aiškinti apie vitaminų naudą...	Mokymas apie vitaminus	
...aiškinimas, kokią reikšmę turi fizinė kultūra ir sportas...	Judėjimo svarbos sveikatai pagrindimas	

Mokyklų medikų imties charakteristikos. Tyrime dalyvavo 305 medikai (slaugos specialistai – 85,2 proc.; visuomenės sveikatos priežiūros specialistai – 6,9 proc.; gydytojai – 3 proc. ir kiti), dirbantys Lietuvos bendrojo ugdymo mokyklose (Valstybinio aplinkos sveikatos centro duomenimis, 2006 m. mokyklose dirbo 897 mokinių sveikatos priežiūros specialistai <http://www.sam.lt/go.php/lit/Stiprinama_sveikatos_prieziura_mokyklose/794>). Dauguma šiame tyrime dalyvavusių medikų turėjo didesnę nei 10 metų darbo mokykloje stažą. Vienerių metų darbo stažą mokykloje nurodė ketvirtadalis (26,6 proc.) medikų, kurių didesnę dalis įvardijo save visuomenės sveikatos priežiūros specialistais ir tai rodo šių specialistų įsitvirtinimo mokyklose tendenciją. Dauguma (76,7 proc.) mokyklose dirbančių medikų yra įgiję aukštesnįjį išsilavinimą (baigę medicinos mokyklas iki 2000 m.), aukštąjį neuniversitetinį ir universitetinį išsilavinimą įgijo 11,1 proc. specialistų ir nežymi dalis mokyklų medikų įgijo magistro laipsnį – 1,6 proc.

Sveikatos ugdytojo vaidmens raišką lemiantys veiksniai. *Pavaldumas.* Kiekybinio tyrimo duomenys parodė, kad mokyklų medikai yra pavaldūs mokyklų direktoriams, visuomenės sveikatos priežiūros institucijų ir kitų institucijų (savivaldybės, psichologinės tarnybos) vadovams. Kiek daugiau nei pusė (52,5 proc.) dalyvavusiųjų tyrime yra pavaldūs mokyklų direktoriams, kiti (40,3 proc.) pavaldūs sveikatos priežiūros institucijų vadovams.

Darbo krūvis mokykloje. Kiek daugiau nei pusė (53,8 proc.) medikų mokykloje dirba viso etato krūviu, kita dalis – pusės ir trijų ketvirtadalių etato krūviu. Tai rodo, kad apie pusė mokyklose dirbančių medikų ugdymo institucijoje praleidžia ne visą darbo dieną. Didesnę darbo laiko dalį mokykloje praleidžia medikai, dirbantys viso (vieno) etato krūviu ir pavaldūs ugdymo institucijos vadovui (mokyklos direktoriui). Sveikatos ug-

dymui didesnę darbo laiko dalį skiria medikai, dirbantys mokykloje viso (vieno) etato krūviu.

Bendradarbiavimo vertinimas. Dauguma medikų bendradarbiavimą su mokyklos vadovais vertina palankiai (puikiai bendradarbiavimą vertina 27,9 proc., gerai – 55,1 proc.). Dauguma (88,7 proc.) mokyklų medikų pripažįsta mokyklos vadovo vaidmenį įgyvendinant mokinių sveikatos ugdymą mokykloje.

Patenkinamo (20,7 proc.) ir blogo (5,2 proc.) bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros specialistais – šeimos gydytojais duomenys ir patenkinamo (26,1 proc.) bei blogo (13,1 proc.) bendradarbiavimo su stomatologu duomenys rodo, kad mokyklų medikų bendradarbiavimas su mokinių pirminės sveikatos priežiūros specialistais yra problemiškas.

Mediko statusas mokykloje. Lygiaverčiais darbuotojais mokyklos specialistų komandoje save laiko didesnė dalis (63 proc.) medikų, o trečdalis mano esantys sveikatos priežiūros užduočių mokykloje vykdytojai ir mokytojų pagalbininkai. Mokyklos mediko (dauguma respondentų – slaugos specialistai) identifikacija būti priklausomam užduočių vykdytojui ir atlikti pagalbininko vaidmenis būdinga tradicijai, grindžiamai hierarchine priklausomybe ir paklusnumu, vykdant nurodytas aukštesnio pagal statųsą asmens nurodymus.

Mokyklos mediko veiklos orientacija. Dauguma (82,6 proc.) medikų sveikatos ugdymo veiklų mokykloje įgyvendinimą supranta kaip savo pareigą, tik menka jų dalis (3,0 proc.) mano, kad sveikatos ugdymas yra ne jų, o mokytojų darbas. Sveikatos ugdymą vykdo, liepus mokyklos vadovui, nežymi dalis (6,6 proc.) mokyklų medikų, o sveikatos ugdymo nevykdymą (ignoravimą) pateisina pedagoginio krūvio mokykloje neturėjimu. Pažymėtina, kad trečdalis (30,8 proc.) mokyklų medikų sveikatos ugdymui skiria iki 2 valandų per savaitę, kita dalis (32,8 proc.) – nuo 3 iki 5 valandų. Iki 10 valandų per savaitę sveikatos ugdymui skiria maža dalis (18,4 proc.) respondentų. Didesnį sveikatos ugdymui skiriamų valandų skaičių pažymėjo respondentai, dirbantys mokykloje viso etato krūviu ir pavaldūs mokyklos direktoriui.

Daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių mokyklų medikų mano, kad orientuoja savo veiklą į mokinių, jų tėvų ir mokytojų sveikos gyvensenos stiprinimą. Trečdalis mokyklos medikų pripažįsta tradicinį sveikatos prie-

žiūros teikėjo vaidmenį ir sutelkia pagrindinį dėmesį į mokinių susirgimų išaiškinimą bei pagalbos mokykloje teikimą (žr. 32 lentelę).

32 lentelė. **Mediko veiklos mokykloje orientacija: mokyklos medikų požiūris**

Veiklos orientaciją atitinkantis teiginys	Resp. sk. N = 305	proc.
Mokyklos mediko pagrindinės veiklos yra pašalinti (ar sumažinti) su sveikata susijusius sunkumus ar kliūtis, trukdančias vaikui mokytis ir augti	79	25,9 proc.
Mokyklos mediko pagrindinės veiklos yra išsiaiškinti mokinių susirgimus, teikti medicinos pagalbą	102	33,4 proc.
Mokyklos mediko pagrindinės veiklos yra formuoti ne tik mokinių, bet ir tėvų bei mokyklos personalo sveiką gyvenimą	123	40,3 proc.
Neatsakyta	1	0,3 proc.

Apibendrinimas. Pavaldumas, darbo krūvis, statusas, bendradarbiavimas su pedagogais, mokyklos vadovais, asmens sveikatos priežiūros specialistais – veiksniai, darantys įtaką mediko edukacinei veiklai mokykloje. Tradicinis mokyklos mediko pavaldumas sveikatos priežiūros institucijos vadovui nebėra vyraujantis. Kiek daugiau nei pusė mokyklų medikų pažymėjo pavaldumą ugdymo institucijų vadovams ir pirmaeilių pareigų sutelktumą mokykloje. Dauguma mokyklų medikų įgyvendina mokinių sveikatos ugdymą ir palankiai bendradarbiauja su mokyklos vadovais bei pedagogais. Didesnė dalis mokyklų medikų sveikatos ugdytojo vaidmens atlikimą supranta kaip savo pareigą, tačiau edukacinei veiklai skiria vos 3–5 val. per savaitę.

Pažymėtina, kad pusė tyrime dalyvavusių medikų dirba ne visą darbo krūvį mokykloje – joje būna ne visą darbo dieną. Ribotas mediko darbo laikas mokykloje bei bendradarbiavimas su asmens sveikatos priežiūros institucijų specialistais mokinių sveikatos ugdymo tikslais, mediko, kaip antraeilio pedagogo pagalbininko, vaidmens identifikacija vertintina kaip prieštara, lemianti nevisavertę, fragmentišką mediko edukacinės veiklos raišką.

4.2.1.1 Edukacinės veiklos sritys. Mokyklų medikai pripažįsta reikšmingą savo indėlį vykdant sveikatos ugdymo veiklas: sveikos šeimos planavimo ugdymas, dienos režimo sampratos formavimas, žinių apie

susirgimus teikimas, aiškinimas, protinio darbo higienos propagavimas, tarpusavio santykių ir pagarbos ugdymas, pagalba, įveikiant stresą, mokinių gyvenimo sąlygų pažinimas, mokinių mokymosi sąlygų gerinimas, sveikatos ugdymo poreikių nustatymas. *Faktorių* (F1) sudaro trylika kintamųjų, kurių devyni tenkina sąlygą $L \geq 0,6$.

Aprašomosios statistikos duomenys rodo, kad nurodyta veiklų grupė daugumos medikų vertinama kaip reikšminga jų praktikos dalis.

Mokinių žalingų įpročių prevencijos ir lytiškumo ugdymo, įgyvendinamo mokyklos mediko faktorių (F2), sudaro septyni kintamieji, keturi tenkina sąlygą $L \geq 0,6$. Faktorius pilnas, rodantis mokinių žalingų įpročių (alkoholio, narkotinių medžiagų vartojimo), lytiškai plintančių ligų prevencijos ir lytiškumo ugdymo veiklų, reikšmingas mokyklų medikams. Faktorius papildo faktorių (F1), sugrupuoja reikšmingas mokyklų medikams veiklos sritis, kuriose jie pripažįsta savo indėlį (žr. 33 lentelę).

33 lentelė. Medikų indėlio ugdant mokinių sveikatą sritys: mokyklų medikų požiūris

Faktorių paaiškinantis procentas	Faktoriaus pavadinimas ir turinys	Faktoriaus svoris (Ln)
27,01 %	F1 Mediko pripažįstamas indėlis įgyvendinant mokinių sveikatos ugdymo veiklas mokykloje	
	Mokyklos mediko indėlis į šeimos planavimo ugdymą	,728
	Mokyklos mediko indėlis į mokinių dienos režimo sampratos formavimą	,710
	Mokyklos mediko indėlis išaiškinant susirgimų priežastis	,702
	Mediko indėlis į mokinių gyvenimo sąlygų pažinimą	,688
	Mediko indėlis į protinio darbo higienos propagavimą	,682
	Mediko indėlis padedant mokiniams įveikti stresą	,680
	Mokyklos mediko indėlis į mokinio mokymosi sąlygų gerinimą	,674
	Mediko indėlis į mokinių sveikatos ugdymo poreikių nustatymą	,653
	Mediko indėlis į tarpusavio santykių ir pagarbos ugdymą	,645
	Mediko indėlis aiškinant racionalią mitybą mokiniams	,496
	Mediko indėlis į vaiko asmenybės ugdymą	,488
	Mediko indėlis kaupiant sveikatos literatūrą bibliotekoje	,471
	Mediko indėlis išaiškinant skiepų ir skiepijimo reikšmę	,444

33 lentelės tęsinys

Faktorių paaiškinantis procentas	Faktoriaus pavadinimas ir turinys	Faktoriaus svoris (Ln)
34,32 %	F2 Mokinių žalingų įpročių prevencijos ir lytiškumo ugdymo veiklos mokykloje	
	Mediko indėlis į alkoholio vartojimo prevenciją	,796
	Mediko indėlis į AIDS prevenciją	,719
	Mediko indėlis į mokinių lytiškumo ugdymą	,621
	Mediko indėlis į narkotinių medžiagų vartojimo prevenciją	,609
	Mediko indėlis į mokinių asmens higienos ugdymą	,556
	Mediko indėlis į rūkymo prevenciją	,534
	Mediko indėlis aiškinant sveikatos sampratą mokiniams	,475
39,19 %	F3 Mediko pripažįstamas indėlis įgyvendinant rizikos sveikatai veiksnių nustatymo, pirmosios pagalbos varžybų ir sveikatos projektų veiklas mokykloje	
	Mediko indėlis į mokinių rizikos sveikatai veiksnių nustatymą	,696
	Mediko indėlis į pirmosios pagalbos varžybų organizavimą	,691
	Mediko indėlis į sveikatos projektų mokiniams organizavimą	,688
	Mediko indėlis į profilaktinius mokinių sveikatos tikrinimus	,538

Rizikos sveikatai veiksnių nustatymo, pirmosios pagalbos varžybų ir sveikatos projektų vykdymo veiklų faktorių (F3) sudaro keturi kintamieji, kurių trys tenkina sąlygą $L \geq 0,6$. Faktorius rodo mediko indėlio vertinimą, vykdant rizikos veiksnių nustatymo, pirmosios pagalbos priemonių ir sveikatos projektų atlikimo kartu su mokiniais priklausomybę. Aprašomosios statistikos duomenys parodo, kad daugiau nei ketvirtadalis mokyklų medikų mano, jog jų indėlis įgyvendinant faktoriaus išskirtas veiklas yra „menkai reikšmingas“.

Mokyklos mediko bendradarbiavimo su mokinių pirminės sveikatos priežiūros specialistais ir tėvais faktorių (F4) sudaro penki kintamieji, kurių trys tenkinantys sąlygą $L \geq 0,6$. Faktorius „grynas“, paaiškinantis mediko bendradarbiavimo ryšių su sveikatos ugdymo dalyviais – sveikatos priežiūros specialistais ir mokinių tėvais – priklausomybę (žr. 34 lentelę).

34 lentelė. Sveikatos ugdymo ir bendradarbiavimo su ugdymo dalyviais charakteristikos: mokyklų medikų požiūris

Faktorių paaiškinantis procentas	Faktoriaus pavadinimas ir turinys	Faktoriaus svoris (Ln)
43,84 %	F4 Mokyklos mediko bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros specialistais ir tėvais	
	Bendradarbiavimas su moksleivių šeimos gydytoju	,767
	Bendradarbiavimas su stomatologu	,701
	Bendradarbiavimas su visuomenės sveikatos priežiūros specialistais	,667
	Bendradarbiavimas su tėvais	,609
	Bendradarbiavimas su socialiniu pedagogu	,381
47,98 %	F5 Mediko žinių apie mokinių mitybą, higienos reikalavimus, pirmosios pagalbos įgūdžių tobulinimo poreikiai	
	Mediko žinių apie mokinių mitybą tobulinimo poreikis	,845
	Pirmosios medicinos pagalbos teikimo įgūdžių tobulinimo poreikis	,817
	Žinių apie mokyklos higienos reikalavimų kontrolę poreikis	,807
51,12 %	F6 Mediko, mokyklos administracijos ir mokytojų bendradarbiavimas	
	Bendradarbiavimas su mokyklos administracija	,711
	Bendradarbiavimas su klasių auklėtojais	,681
	Bendradarbiavimas su dalykų mokytojais	,512
54,15 %	F7 Pirmoji pagalba ir nelaimingų atsitikimų prevencija	
	Mediko indėlis teikiant pirmąją medicinos pagalbą	,732
	Mediko indėlis į nelaimingų atsitikimų prevenciją	,403
56,84 %	F8 Mokyklos specialistų dalyvavimas ugdant mokinių sveikatą	
	Socialinio darbuotojo dalyvavimas ugdant mokinių sveikatą	,790
	Mokyklos psichologo dalyvavimas ugdant mokinių sveikatą	,722
	Pedagogo dalyvavimas ugdant mokinių sveikatą	,617
	Socialinio pedagogo dalyvavimas ugdant mokinių sveikatą	,506

Aprašomosios statistikos duomenys rodo, kad 41,3 proc. mokyklų medikų bendradarbiavimą su tėvais vertina patenkinamai, o 4,3 proc. – blogai. „Patenkinamo“ (20,7 proc.) ir „blogo“ (5,2 proc.) bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros specialistais – šeimos gydytojais duomenys ir „patenkinamo“ (26,1 proc.) bei „blogo“ (13,1 proc.) bendradarbiavimo su

stomatologu duomenys rodo, kad mokyklų medikų bendradarbiavimas su mokinių pirminės sveikatos priežiūros specialistais yra problemiškas.

Mediko žinių apie mokinių mitybą, žinių apie higienos reikalavimų kontrolę, pirmosios pagalbos įgūdžių tobulinimo poreikių faktorių (F5) sudaro trys kintamieji, visi tenkinantys sąlygą $L \geq 0,6$. Faktorius patikimas, rodantis mokyklos mediko edukacinius poreikius, apimančius mokinių mitybą, higienos reikalavimų mokykloje vykdymo kontrolę, pirmąją medicinos pagalbą. Dauguma respondentų pažymi turintys pakankamai žinių ir įgūdžių faktoriaus išskirtoms veikloms atlikti.

Mediko, mokyklos administracijos ir mokytojų bendradarbiavimo faktorių (F6) sudaro trys kintamieji, du tenkina sąlygą $L \geq 0,6$. Faktorius nėra pilnas, bet rodantis mediko bendradarbiavimo su mokyklos vadovais ir klasių auklėtojais priklausomybę. Dauguma medikų pažymėjo palankų („puikų“ ir „gerą“) bendradarbiavimą su mokyklos vadovais ir dalykų bei pradinųjų klasių mokytojais.

Pirmosios pagalbos teikimo ir nelaimingų atsitikimų prevencijos faktorių (F7) sudaro tik du kintamieji.

Mokyklos specialistų dalyvavimo ugdant mokinių sveikatą faktorių (F8) sudaro keturi faktoriai, trys tenkina sąlygą $L \geq 0,6$. Faktorius rodo medikų požiūrį, išreiškiantį socialinio pedagogo (darbuotojo), psichologo ir mokytojų ryšį, ugdant mokinių sveikatą. Dauguma mokyklų medikų mano, kad mokykloje dirbantys specialistai turi dalyvauti įgyvendinant mokinių sveikatos ugdymo ir prevencines veiklas.

Apibendrinimas. Mokyklos medikas sveikatos ugdytojo vaidmenį sieja su šeimos planavimo ugdymu, dienos režimo sampratos formavimu, žinių apie susirgimus teikimu, protinio darbo higienos propagavimu, pagalba įveikiant stresą, mokinių gyvenimo sąlygų pažinimu, mokinių mokymosi sąlygų gerinimu, sveikatos ugdymo poreikių nustatymu. Taip pat su mokinių žalingų įpročių, lytiškai plintančių ligų (AIDS) prevencijos ir lytiškumo ugdymu.

Rizikos sveikatai veiksmų nustatymas, pirmosios pagalbos priemonių ir sveikatą stiprinančių projektų vykdymas nėra medikų dėmesio centre.

Itin svarbus mokyklos mediko bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros specialistais, kai tyrimo duomenys išryškina mokyklų medikų bendradarbiavimo su stomatologais, pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistais vystymo poreikius.

Remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis, teigtina, kad nors mokyklų medikų sveikatos ugdytojo vaidmens raiškoje ir pripažįstamos fizinės, psichinės, socialinės sveikatos ugdymo sudedamosios dalys, tačiau pasirinkant temas ar edukacinės veiklos tikslus pažymimas bendradarbiavimo su mokytojais ir mokyklos vadovais bei specialistais poreikis.

4.2.1.2 Sveikatos ugdymo kompetencijos plėtotės poreikiai. *Mokyklos mediko gebėjimų bendrauti, bendradarbiauti bei ryšių su mokyklos bendruomene plėtojimo poreikių faktorių (F1) sudaro dešimt kintamųjų, kai septyni tenkina sąlygą $L \geq 0,6$. Faktorius (F1) išryškina mediko bendravimo ir bendradarbiavimo kompetencijų, reikalingų veiklai mokykloje plėtoti, poreikių grupę (žr. 35 lentelę).*

35 lentelė. Mokyklos mediko žinių, įgūdžių, gebėjimų, vertybių ir asmens savybių charakteristikos

Faktorių paaiškinantis procentas	Faktoriaus pavadinimas ir turinys	Faktoriaus svoris (Ln)
32,14 %	F1 Mokyklos mediko gebėjimų bendrauti, bendradarbiauti ir ryšių su mokyklos bendruomene plėtojimo poreikiai	
	Ryšių su pedagogais plėtojimas	,805
	Gebėjimų bendrauti su vaikais tobulinimas	,775
	Ryšių su mokyklos vadovais plėtojimas	,756
	Gebėjimų bendrauti su tėvais tobulinimas	,747
	Gebėjimų bendradarbiauti su kitais mokykloje dirbančiais specialistais poreikis	,677
	Ryšių su tėvais plėtojimas	,676
	Ryšių su specialistais plėtojimas	,644
	Žinių apie imunoprofilaktikos organizavimą poreikis	,527
	Mokyklos higienos reikalavimų kontrolės tobulinimas	,509
	Gebėjimų atlikti moksleivių sveikatingumo tyrimus poreikis	,502
42,12 %	F2 Žinių apie sveikatą, socialinį ugdymą, medicinos pagalbos teikimo įgūdžių ir profesinių gebėjimų tobulinimo poreikiai	
	Žinių apie rizikos sveikatai veiksnius poreikis	,849
	Pirmosios medicinos pagalbos teikimo įgūdžių tobulinimo poreikis	,781
	Žinių apie socialinių įgūdžių ugdymą poreikis	,752

35 lentelės tęsinys

Faktorių paaiškinantis procentas	Faktoriaus pavadinimas ir turinys	Faktoriaus svoris (L_n)
	Profesinių gebėjimų tobulinimas	,727
	Žinių apie racionalią moksleivių mitybą poreikis	,670
	Moksleivių fizinio aktyvumo organizavimo gebėjimų poreikis	,555

Aprašomosios statistikos duomenys rodo, kad yra medikų gebėjimų bendrauti su vaikais („labai reikia“ – 19 proc.; „reikia“ – 43,6 proc.) ir jų tėvais tobulinimo poreikis („labai reikia“ – 11,8 proc.; „reikia“ – 52,8 proc.). Mediko gebėjimai palaikyti ryšius mokyklos viduje (su mokiniais, mokyklos vadovais, mokytojais ir kitu mokyklos personalu) ir už jos (su mokinių tėvais, tarnybomis, nuo kurių gali priklausyti sveikata, specialistais) vertintini kaip lemiantys mokinių sveikatos ugdymo dalyvių sąveikos bei sveikatos ugdymo išteklių plėtotę.

Žinių apie sveikatą, socialinį ugdymą, medicinos pagalbos teikimo įgūdžių ir profesinių gebėjimų tobulinimo poreikių faktorių (F2) sudaro šeši kintamieji, penki tenkina sąlygą $L \geq 0,6$. Faktorių rodo mokyklos medikų poreikių, susijusių su sveikatos ugdymu, grupę, apimančią visuomenės sveikatos ir socialinio ugdymo žinias, pirminės sveikatos priežiūros ir profesinius gebėjimus. Socialinio ugdymo žinių poreikį pažymėjo 57,1 proc. mokyklų medikų.

Mokinių sveikatos ugdymui įgyvendinti reikalingų žinių ir gebėjimų poreikių faktorių (F3) sudaro penki faktoriai, keturi tenkina sąlygą $L \geq 0,6$. Faktorių (F3) rodo mokyklos mediko veiklos poreikių grupę, apimančią mokinių sveikatos ugdymo vertinimą, sveikatos ugdymo programų rengimą, veiklų planavimą ir organizavimą, sveikos gyvensenos žinias ir mokymą (žr. 36 lentelę). Išvardytų gebėjimų tobulinimo ir žinių papildymo poreikis yra ryškiausiai medikų išreikštas. Sveikatos mokymo gebėjimų tobulinimo poreikį pažymėjo dauguma respondentų (81,4 proc.).

36 lentelė. Mokyklos mediko žinių, įgūdžių, gebėjimų, vertybių ir asmens savybių charakteristikos

Faktorių paaiškinantis procentas	Faktoriaus pavadinimas ir turinys	Faktoriaus svoris (Ln)
47,61 %	F3 Mokinių sveikatos ugdymui įgyvendinti reikalingų žinių ir gebėjimų poreikiai	
	Vertinti mokinių sveikatos ugdymo poreikius gebėjimų įgijimo aktualumas	,806
	Gebėjimų rengti sveikatos ugdymo programas poreikis	,799
	Gebėjimų organizuoti ir planuoti savo veiklą mokykloje poreikis	,670
	Sveikatos mokymo gebėjimų tobulinimo poreikis	,623
	Žinių apie sveiką gyvenimą poreikis	,575
52,58 %	F4 Narkotinių medžiagų prevencija, racionali mityba, mokymosi sąlygų gerinimas	
	Mokyklos mediko indėlis į mokinių narkotinių medžiagų vartojimo prevenciją	,739
	Mokyklos mediko indėlis išaiškinant mokiniams racionalią mitybą	,726
	Mokyklos mediko indėlis gerinant mokinių mokymosi sąlygas	,710
	Mokyklos mediko indėlis į pirmosios medicinos pagalbos teikimą	,583
57,37 %	F5 Informacinių technologijų, užsienio kalbų mokėjimo ir lytiškumo ugdymo žinių poreikiai	
	Darbo kompiuteriu įgūdžių tobulinimo poreikis	,838
	Užsienio kalbų žinių poreikis	,766
	Žinių apie lytiškumo ugdymą ir šeimos planavimą poreikis	,608

Mediko indėlio į narkotinių medžiagų prevenciją, racionalios mitybos išaiškinimą, mokymosi sąlygų gerinimą faktorių (F4) sudaro keturi kintamieji, trys tenkinantys sąlygą $L \geq 0,6$. Faktorius pažymi mediko veiklas, kurias įgyvendindamas medikas pripažįsta savo indėlį. Minėtoms veikloms atlikti reikalingos atitinkamos žinios ir gebėjimai, išryškinti F2 faktoriuje.

Informacinių technologijų įgūdžių tobulinimo, užsienio kalbų mokėjimo ir mokinių lytiškumo ugdymo žinių poreikių faktorių (F5) sudaro trys kintamieji, visi tenkina sąlygą $L \geq 0,6$. Faktorius rodo mokyklų medikų

poreikius, susijusius su bendraisiais gebėjimais ir mokinių lytiškumo ugdymu. Gebėjimų įgijimo naudotis informacinėmis technologijomis poreikį pažymėjo 72,4 proc., užsienio kalbos mokėjimo poreikis pripažįstamas 69,2 proc. respondentų.

Mokyklos mediko indėlio į mokinių rizikos sveikatai veiksnų nustatymą, sveikatos projektų rengimą ir sveikatos ugdymo poreikių nustatymą faktorių (F6) sudaro trys kintamieji, visi tenkinantys sąlygą $L \geq 0,6$. Faktoriaus rodo poreikių grupę, apimančią mokinių sveikatos problemų įvardijimą, projektų rengimo ir sveikatos ugdymo poreikių nustatymą, reikalingą sistemingam sveikatos ugdymui įgyvendinti (žr. 37 lentelę). Mokyklų medikų interesas dalyvauti įgyvendinant išryškintas veiklas reikalauja projektų rengimo ir veiklos tyrimų įgyvendinimo kompetencijų, kurių poreikiai aktualūs trims ketvirtadaliams mokyklų medikų.

37 lentelė. Mokyklos mediko žinių, įgūdžių, gebėjimų, vertybių ir asmens savybių charakteristikos

Faktorių paaiškinantis procentas	Faktoriaus pavadinimas ir turinys	Faktoriaus svoris (Ln)
61,18 %	F6 Mokyklos mediko indėlis į rizikos sveikatai veiksnų nustatymą, sveikatos projektų rengimą ir sveikatos ugdymo poreikių nustatymą	
	Mokyklos mediko indėlis į rizikos sveikatai veiksnų nustatymą	,842
	Mokyklos mediko indėlis į sveikatos projektų mokiniams rengimą	,758
	Mokyklos mediko indėlis į sveikatos ugdymo poreikių nustatymą	,672
68,12 %	F7 Moralinių vertybių ir asmenybės savybių poreikiai	
	Mediko pasiaukojantis veikimas vaiko naudai	,818
	Sąžiningumas	,767
75,04 %	F8 Savarankiškai vykdomos mokyklos mediko veiklos	
	Mokyklos medikas gali savarankiškai įvertinti moksleivio sveikatos būklę mokykloje	,848
	Mokyklos medikas gali savarankiškai informuoti tėvus apie vaiko sveikatos pokyčius	,686

Moralinių vertybių ir asmenybės savybių poreikių faktorių (F7) sudaro du kintamieji, abu tenkinantys sąlygą $L \geq 0,6$. Faktoriaus nėra pilnas, tačiau

rodantis ryšį tarp medikui svarbiausių moralinių vertybių ir asmenybės savybių.

Savarankiškai vykdomų mokyklos mediko veiklų faktorių (F8) sudaro du kintamieji, abu tenkinantys sąlygą $L \geq 0,6$. Įžvelgtinas ryšys tarp mediko savarankiškai vykdomų veiklų – mokinių sveikatos būklės įvertinimo ir tėvų informavimo apie vaiko sveikatos pokyčius, kuris atspindi mediko savarankiškumo mokykloje ribas.

Apibendrinimas. Sveikatos ugdytojo raiška sietina su bendrosios kompetencijos vystymo poreikiais, siekiant universalių prevencijos ar profilaktinių sveikatos priežiūros tikslų, orientuotų į visus mokinius. Tyrimo duomenys išryškino medikų, kaip sveikatos ugdymo organizatorių, kompetencijos vystymo sritis, apimančias bendravimo ir bendradarbiavimo ryšių tobulinimą; ugdytojo ir tyrėjo kompetencijos vystymo sritis – sveikatos stiprinimo projektų ar tikslinių programų rengimo ir sveikatos ugdymo poreikių nustatymo, sveikatos mokymo (metodų taikymo), naudojimosi informacinėmis technologijomis, užsienio kalbomis bei mokinių lytiškumo ugdymo poreikius.

Kiekybinio tyrimo duomenys parodo sveikatos ugdytojo raišką lemiančius veiksnius ir edukacinės veiklos bei kompetencijos sritis, bet neparodo, kaip sveikatos ugdymas – rūpinimosi vaiku sudedamoji veikla – suvokiama ir reiškia mokyklos mediko praktikoje. Siekta gauti išsamesnių kokybinių charakteristikų apie savitą mokyklos mediko – sveikatos ugdytojo vaidmenį.

4.2.2. Rūpinimasis vaikų sveikata kaip pagalbos ir edukacinių veiklų derinimas

Rūpinimosi mokinių sveikata kategorijos: Lietuvos bendrojo ugdymo mokyklose dirbančių medikų rūpinimosi mokiniais kategorijų skyrimas praplečia tradicinę mediko (kai dauguma jų – slaugos specialistai) veiklos sampratą ir išryškina rūpinimosi kokybes. Atlikus mokyklų medikų atsakymų į atvirąjį klausimyno klausimą „*Ką Jums reiškia rūpinimasis vaiku?*“ kokybinę turinio (*content*) analizę, įvardytos 9 kokybinės kategorijos (žr. 38 lentelę).

38 lentelė. Mediko rūpinimosi mokiniais raiškos kategorijos

PAGALBA	SVEIKATOS UGDYMAS	BENDRAVIMAS
RŪPESTIS	PROFILAKTIKA	MEILĖ
SAUGI VAIKO JAUSENA MOKYKLOJE	BENDRADARBIAVIMAS	ATSAKOMYBĖ

Rūpestis vaiku respondentams reiškia *pagalbą*, kai kategorijos turinyje skiriami lygmenys. *Psichologinės pagalbos* mokiniui lygmens charakteristikos: mokinio sveikatos problemų sprendimas, išgyvenant psichologines krizes, mokyklos baimę, mokinio išklausymas, išklausymas, patarimai. Mokyklos medikams svarbu paremti mokinį, būti jo draugu, ypač kai reikalinga moralinė pagalba kilus konfliktinei situacijai, sutrikus vaiko emocijoms, saugant jo orumą. Mokyklų medikai pripažįsta, kad jiems yra aktualu mokėti rodyti švelnumą, nuoširdumą, užuojautą mokiniui (žr. 39 lentelę). *Medicininis pagalbos* turinys apima skubų mediko reagavimą į kilusią mokinio sveikatos problemą, mokinio sveikatos palaikymą, sveikos aplinkos mokykloje kūrimą, pirminės sveikatos priežiūros kompetenciją. *Socialinė pagalba* orientuota į nedarniose šeimose augančius vaikus, turinčius sveikatos sutrikimų. *Edukacinis pagalbos* lygmuo apima sveikatos ugdymo veiklas: informacijos teikimą, mokymą, mokinio atsakingumo už savo sveikatą ugdymą, rūpinimąsi mokinio tobulėjimu bei jo pasitikėjimo saviu ugdymą. *Organizaciniu* lygmeniu mokyklos mediko pagalba orientuota į mokinių tėvus, kai kreipiamasi į juos pagalbos; į mokytojus, kai siekiama būti tarpininku tarp mokytojų, tėvų bei mokinių; į specialistus, kai prašoma jų pagalbos ir mokiniai siunčiami pas juos konsultuotis.

39 lentelė. Rūpinimasis kaip kompleksinė pagalba

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
...Padėti vaikui įveikti psichologines krizes...	Psichologinių krizių įveikimas	PAGALBA
...Padėti vaikui įveikti mokyklos baimę...	Mokyklos baimės įveikimas	
...Padėti vaikui <...> išklausant...	Mokinio išklausymas	
...Padėti <...> pirmiausia vaiką reikia išklausyti...		
...patariant...	Patarimas mokiniui	
...Kad vaikui laiku būtų suteikta jam reikalinga pagalba...	Laiku suteikta pagalba	

39 lentelės tęsinys

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
...įsiklausyti...	Įsiklausymas	PAGALBA
...padėti jam spręsti kilusią problemą...	Mokinio problemų sprendimas	
...teikiama <...> informacija...	Informacijos teikimas	
...vaikui padėti augti sveikam...	Sveiko vaiko augimas	
...vaikui padėti <...> išsiugdyti pareigą pačiam būti savo sveikatos kalviu...	Mokinio atsakingumo už savo sveikatą ugdymas	
...teikti žinias apie sveikatą, jos išsaugojimą...	Žinių teikimas	
...sukurti sveiką <...> aplinką mokykloje...	Sveikos aplinkos sukūrimas	
...sukurti...saugią aplinką mokykloje...	Saugios aplinkos sukūrimas	
...Suteikti vaikui medicininę pagalbą...	Medicininės pagalbos suteikimas	
...rūpintis vaiko...tobulėjimu...	Rūpinimasis mokinio tobulėjimu	
...prašau kitų specialistų <...> pagalbos...	Mediko prašymas pagalbos iš kitų specialistų	
...prašau <...> tėvų pagalbos...	Mediko prašymas pagalbos iš tėvų	
...Stengiuosi padėti <...> išlaikyti paslaptį, saugoti vaiko orumą...	Mokinio orumo saugojimas išlaikant paslaptį	
...Reikalinga pagalba <...> skubiai reaguoti į problemą...	Skubus reagavimas	
...Padėti jam išspręsti iškilusias problemas su sveikata...	Mokinio sveikatos problemų sprendimas	
...Negailėti nuoširdumo...	Mediko nuoširdumas mokinio atžvilgiu	
...Negailėti ...švelnumo...	Mediko švelnumas mokiniui	
...mokėti užjausti, paguosti, kai tik šito reikia.	Mokėjimas užjausti paguodžiant	
...Gera, kai gali padėti <...> ugdyti vaiko pasitikėjimą savimi ir savo jėgomis...	Mokinio pasitikėjimo savimi ugdymas	
...Nusiųsti vaiką pas specialistą, kai jam reikalinga pagalba <...> konsultacija...	Mokinio siuntimas konsultuotis pas specialistą	
...Būti tarpininku tarp tėvų ir pedagogų, kai to reikia...	Tarpininkavimas tarp tėvų ir pedagogų	
...Padėti nedarniose šeimose augantiems vaikams...	Mediko pagalba nedarnių šeimų vaikams	
... padėti morališkai, esant konfliktams..	Moralinė pagalba sprendžiant konfliktus	
...padėti morališkai, esant emocijų sutrikimams...	Moralinė pagalba sutrikus emocijoms	
..Padėti <...> būti vaikui draugu...	Medikas – mokinio draugas	
...būti vaikui psichologu...	Medikas – mokinio psichologas	

Taigi pagalbos kokybinėje kategorijoje išryškėja mediko veiklos orientacija į mokinius, jų tėvus, mokytojus, ir kompleksiskumas – nustatyti psichologiniai, moraliniai, medicininiai, socialiniai, edukaciniai ir organizaciniai pagalbos lygmenys.

Rūpesčio kategorijos turinys gausus apibūdinimų ir papildoma pagalbos kategorijos turinį. Rūpesčio kategorijos turinyje skiriami medicininis sveikatos priežiūros, ugdymo, psichologinis, socialinis mediko veiklos lygmenys, tenkinant mokinių fizinius, psichinius, dvasinius, socialinius sveikatos palaikymo poreikius. Rūpestis mokinio sveikata – kvalifikuota medicininė pagalba, apimanti sveikatos problemų nustatymą, reikalaujanti asmens sveikatos priežiūros teikėjo kompetencijos (pažymėta pagalbos kategorijos apibūdinime). Rūpestis mokinio sveikata apima prevencines visuomenės sveikatos sritis (mokinių mitybos, asmens ir mokymosi sąlygų higienos aktualijas, smurto / skriaudos prevenciją) ir sveikatos ugdymą (patarimai, mokymas, įgūdžių formavimas).

Medikų požiūriu rūpestis – tai dėmesio mokiniui rodymas, bendravimas rūpinimais klausimais, siekimas pažinti mokinį ir jo socialinę aplinką, saugoti asmens orumą, suteikiant pagalbą. Rūpestis apima pagarbą mokiniui nepažeidžiant jo savivertės. Mokinio orumo išsaugojimas apibūdinamas kaip konfidencialumas, apimantis paslapties išsaugojimą. Rūpestingo mediko asmens savybės – nuoširdumas, draugiškumas, tolerancija, kantrybė. Tai vertybės, kuriomis grindžiama mokyklos mediko praktika ir kurios leidžia tikėtis sąveikos su mokiniais palaikymo bei plėtojimo. Rūpinimosi veiklų mokykloje atlikimas medikų suprantamas kaip investicijos į perspektyvą. Rūpesčio ir pagalbos kategorijų turinys – sutampančios veiklos mokyklos mediko praktikoje.

Saugios vaiko jausenos kategorijos turinys susijęs su mediko darbo mokykloje atmosferos kūrimu. Svarbu motyvuoti mokinius, kad jie noriai ir be baimės ateitų į jo kabinetą, kilus konsultacijos ar pagalbos poreikiui. Svarbu rodyti mokiniams pagarbą, siekti abipusio pasitikėjimo, sudaryti galimybę mokiniui išsakyti, jį išklausti, suteikiant pirmąją medicininę pagalbą. Saugi vaiko jausena taip pat siejama su mokyklos aplinka, kai medikui svarbu sudaryti tinkamas higienines sąlygas, domėtis mokinio savijauta, ar jis nepervargęs, rūpintis mokinio mityba, teikti informaciją ir patarimų. Saugi vaiko jausena – mediko kontaktai su mokinio tėvais bei

sveikatos priežiūros (gydymo) įstaigomis. Saugios vaiko jaunosos kokybinė kategorija apima palankias psichologines ir fizines mokyklos aplinkos kūrimo sritis, medikui siekiant atlikti mokinių rėmėjo vaidmenį, kontaktuojant su jais ir kitais specialistais (žr. 40 lentelę).

40 lentelė. Rūpinimasis kaip saugios vaiko jaunosos mokykloje raiška

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
<i>...vaikai noriai ateitų į sveikatos kabinetą...</i>	Mokinio motyvacija ateiti į sveikatos kabinetą	SAUGI VAIKO JAUSENA MOKYKLOJE
<i>...gautų konsultaciją įvairiais jam rūpimais klausimais...</i>	Mokinio konsultavimas sveikatos klausimais	
<i>...nepervargtų...</i>	Nepervargimas	
<i>...būtų pavalgęs...</i>	Sotumas	
<i>...geras higieninės sąlygos...</i>	Tinkamos higieninės sąlygos	
<i>...nebūtų stumdomas, užgauliojamas...</i>	Pagarbi elgsena su mokiniu	
<i>...pasirūpinta, kad saugiai pasiektų <...> gydymo įstaigą...</i>	Bendravimas su gydymo įstaiga pagal mokinio sveikatos poreikį	
<i>...Dėmesys...</i>	Mediko dėmesys mokiniui	
<i>...žinių perteikimas...</i>	Mediko žinių perteikimas mokiniui	
<i>...Pirmiausia paklausti – kaip tu jaučiesi?...</i>	Domėjimasis vaiko savijauta	
<i>...Išklausyti jo nuomonę, nusiskundimus...</i>	Mokinio išklausymas	
<i>...Duoti patarimą...</i>	Patarimai mokiniui	
<i>...Suteikti informacijos...</i>	Informacijos mokiniui suteikimas	

Sveikatos ugdymo kategorijoje išskirtas turinys, kuris apima 1) mokinio pasitikėjimo savimi, savarankiškumo, aktyvios asmenybės ugdymą; 2) tarpusavio pagarbos ir tolerancijos ugdymą; 3) pasirengimo šeimai ugdymą; 4) sveikos gyvensenos, įskaitant judėjimo bei vitaminų svarbą, ugdymą. Pažymėtos sveikatos ugdymo funkcijos: *mokymas, įgūdžių formavimas, informacijos teikimas* (žr. 41 lentelę).

Sveikatos ugdymo turinio sklaidos procese mokyklų medikams aktualus mokinių ir jų tėvų dalyvavimas, bendravimo ir bendradarbiavimo poreikio aktualumas. Sveikatos ugdymo raiška plačiau nagrinėta ankstesniame poskyryje. Svarbu išryškinti, kad rūpestis vaiku mokyklų medikų

suvokiamas kaip sveikatos ugdymas, apimantis mokinio asmenybės (savęs pažinimo) ugdymą, savirūpos ir socialinį ugdymą.

41 lentelė. Rūpinimasis kaip ugdymo raiška

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
<i>...Ugdyti <...> vaiko asmenybę...</i>	Mokinio asmenybės ugdymas	UGDYMAS
<i>...Ugdyti <...> pasitikėjimą savimi ir savo jėgomis...</i>	Mokinio pasitikėjimo savimi ugdymas	
<i>...formuoti: sveikos gyvensenos įgūdžius...</i>	Sveikos gyvensenos įgūdžių formavimas	
<i>...Reiškia tinkamą savo žinių perteikimą ugdant vaiko sveiką gyvenimo būdą...</i>	Žinių apie sveiką gyvenimo būdą perteikimas mokiniui	
<i>... Mokyti savarankiškumo...</i>	Savarankiškumo mokymas	
<i>...Mokyti <...> tarpusavio pagarbos...</i>	Tarpusavio pagarbos ugdymas	
<i>...Mokyti <...> tolerancijos kitiems...</i>	Tolerancijos ugdymas	
<i>...formuoti vaiko nuostatas apie sveikatą...</i>	Mokinio nuostatų apie sveikatą formavimas	
<i>...tėvų įtraukimas ir informavimas apie problemas, pagalbos suteikimas...</i>	Tėvų įtraukimas į mokinio problemų sprendimą	
<i>...Suteikti informacijos visais klausimais, paaiškinti, kaip veikti sunkiose situacijose...</i>	Informacijos mokiniams suteikimas	

Profilaktikos kategorijos turinys apima kontrolines veiklas, specifines procedūras (skiepų atlikimą) ir sveikos gyvensenos programą, kurioje telpa minėtos subkategorijos ir sveikatos ugdymo funkcijos (prevenciniai pokalbiai, supažindinimas su rizikos veiksniais), orientuotos į mokinius ir jų tėvus (žr. 42 lentelę). Profilaktikos raiška pasižymi medicininių ir ugdymo veiklų vykdymu. Profilaktikos kategorija gausi apibūdinimų, pateiktų kitame poskyryje.

42 lentelė. Rūpinimasis kaip profilaktikos veiklos

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
<i>...Stebėti, kad laiku vaikas pereitų profilaktinį patikrinimą...</i>	Profilaktinių patikrinimų kontrolė	PROFILAKTIKA
<i>...atlikti profilaktinius skiepus...</i>	Skiepų atlikimas	

42 lentelės tęsinys

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
...Vykdėti aiškinamąjį darbą tėvams <...>, mažiau vaikų įsitrauktų į narkotikų vartojimo liūną...	Prevenciniai pokalbiai su tėvais	PROFILAKTIKA
...Vykdėti aiškinamąjį darbą <...> vaikams <...>, mažiau vaikų įsitrauktų į narkotikų vartojimo liūną...	Prevenciniai pokalbiai su vaikais	
...plėtoti sveikos gyvensenos programą...	Sveikos gyvensenos programos plėtojimas	
...Supažindinti su rizikos veiksniais...	Mokinio supažindinimas su rizikos veiksniais	

Bendravimo kategorijoje respondentai pažymi mokinio ir mediko sąveiką, pagrįstą tarpusavio pasitikėjimu ir be baimės. Sąveika, vykstanti bendravimo su mokiniu metu, apima mokinio išklausymą, supratimą ir patarimus, kilus probleminei situacijai (žr. 43 lentelę). Bendravimo apibūdinimas ribotas, tačiau įžvelgtinas medikų siekis palaikyti neformalius ryšius su mokiniais.

43 lentelė. Rūpinimasis kaip bendravimo raiška

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
...Su vaikais bendrauti, kad iškilus problemai nebijotų kreiptis į mediką ir paprašytų pagalbos...	Mokinio ir mediko bendravimas be baimės	BENDRAVIMAS
...Su mokiniais puikiai bendraujame, yra dar didesnis pasitikėjimas nei su tėvais...	Mokinio ir mediko tarpusavio pasitikėjimas	
...patarti kilus problemai...	Patarimai iškilus probleminėms situacijoms	
...o kartais užtenka <...> ir duoti patarimų...		
...o kartais užtenka pačiai išklausti ...	Mokinio išklausymas	
...Reikia suprasti jį, išklausti vaiko nusiskundimus...	Mokinio supratimas	

Bendradarbiavimo kategorijos turinys mažos apimties, tačiau respondentai įvardija tris bendradarbiavimo orientacijas ugdant mokinių sveikatą: mediko ir mokinio tėvų, mediko ir pedagogų, mediko ir sveikatos prie-

žiūros specialistų (žr. 44 lentelę). Tai parodo mokyklų medikų supratimą, kad jiems aktualu aprėpti skirtingas grupes, galinčias nulemti rūpinimosi mokinių sveikata kokybę minėtoms asmenų grupėms dalyvaujant ir ug-dant sveikatą.

44 lentelė. Rūpinimasis kaip bendradarbiavimo raiška

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
...Bendradarbiauti su tėvais <...>, ugdant sveikatą...	Mediko ir mokinio tėvų dalyvavi-mas ugdant sveikatą	BENDRADAR-BIAVIMAS
...Bendradarbiauti su <...> peda-gogais, dalyvaujant sveikatos ug-dyme...	Mediko ir pedagogų dalyvavimas ugdant sveikatą	
...Bendradarbiauti su <...> pirminės sveikatos priežiūros specialistais ug-dant sveikatą.	Mediko ir sveikatos priežiūros spe-cialistų dalyvavimas ugdant svei-katą	

Meilės kategorijoje respondentai pažymi, kad mylėti vaiką jiems reiškia rūpintis vaiko poilsu, dienos režimu, saugia aplinka. Tai įgyvendina-ma tikslingai mokant ir nuolat globojant, siekiant mokinio supratimo, įsiklausant į jį ir pripažįstant jo asmenybės vertę (žr. 45 lentelę). Meilės apibūdinimuose aiškus rūpinimosi mokinio asmenybe ir jo sveikata glo-bojant, įskaitant tikslinį mokymą, aspektas.

45 lentelė. Rūpinimasis mokiniu kaip meilės raiška

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
...Mylėti reiškia: vaiko geras miegas...	Geras mokinio miegas	MEILĖ
...Mylėti reiškia: <...> režimas...	Mokinio režimas	
...Mylėti reiškia: <...> rami ir saugi aplinka...	Rami ir saugi mokinio aplinka	
...Mylėti reiškia globa ...	Mokinio globa	
...Mylėti reiškia <...> supratimas...	Mokinio supratimas	
...Mylėti reiškia <...> apsaugoti ir iš-mokyti atsisakyti žalingų įpročių...	Mokinio saugojimas per tikslinį mo-kymą	
...Mylėti reiškia <...> vertinti vaiką kaip asmenybę...	Mokinio asmenybės vertinimas	
...Mylėti reiškia <...> įsiklausyti į jo problemas.	Įsiklausymas į mokinio problemas	

Atsakomybės kategorijos turinyje skiriamos tokios sritys: atsakomybės mokiniui jautimas, pareigų vykdymas, siekiant užtikrinti mokinio saugumą mokykloje, kita atsakomybės sritis orientuota į mokinių tėvus, kai medikui aktualus tėvų žinojimas, kad jų vaikais mokykloje rūpinamasi. Trečioji atsakomybės sritis – sveikatos ugdymas, kai mokyklos medikas siekia higieninių įgūdžių ugdymo, žalingų įpročių prevencijos ir kitų tikslų (žr. 46 lentelę).

46 lentelė. Rūpinimasis mokiniu kaip atsakomybė

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
<i>...Tai pareigos, atsakomybės jausmas, kad atėjęs į mokyklą vaikas jaustųsi saugus...</i>	Pareigos atlikimas siekiant užtikrinti mokiniui saugumą	ATSAKOMYBĖ
<i>...Tai pareigos, atsakomybės jausmas, <...> tėvai jaustųsi saugūs, žinodami, kad vaiku bus pasirūpinta...</i>	Atsakomybė mokinio tėvams	
<i>...Esu atsakinga už vaikų sveikatą mokykloje, todėl ugdu higieninius įgūdžius...</i>	Atsakomybė už mokinio higieninių įgūdžių ugdymą	
<i>...Esu atsakinga už vaikų sveikatą mokykloje, todėl <...> pasakoju apie rūkymo, narkotikų žalą...</i>	Atsakomybė vykdant žalingų įpročių prevenciją	

Apibendrinimas. Rūpinimasis mokyklinio amžiaus vaikais mokyklų medikams reiškia pagalbos veiklas, kuriomis jie siekia tenkinti fizinius, psichinius moralinius, socialinius mokinio(-ių) sveikatos stiprinimo poreikius. Rūpestis kaip pagalba reiškiasi kaip psichologinės paramos, asmens sveikatos priežiūros, profilaktinių ir edukacinių, organizacinių veiklų derinys.

Pažymėtina, kad medicininis pagalbos aspektas nėra pabrėžiamas, o psichologiniai ir edukaciniai pagalbos mokiniams aspektai yra vyraujantys daugumos rūpesčio kategorijų turinyje. Sveikatos ugdymas mokyklos mediko praktikoje nėra ignoruojamas, o suvokiamas ir pripažįstamas. Be to, tyrimo dalyviai pažymėjo, kad jaučia atsakomybę ne tik už mokinio saugią jauseną mokykloje, bet ir už mokykloje vykdomą sveikatos ugdymą, kurio procese dalyvauja jie patys, tėvai, pedagogai, kiti specialistai.

Vertybės, kurias pripažįsta mokyklų medikai, yra pagarba mokinio asmenybei ir jo orumo apsauga. Rūpestingo mokyklos mediko asmenybės savybės – nuoširdumas, draugiškumas, tolerancija, kantrybė, meilė.

4.2.3. Mokinių sveikatos ugdymas – mediko veiklos mokykloje įprasminimas

Sveikatos ugdymo raiškos kategorijos. Atlikus mokyklų medikų atsakymų į atvirąjį klausimyno klausimą „*Ką Jums reiškia ugdyti vaikų sveikatą?*“ kokybinę turinio (*content*) analizę, nurodytos 8 kokybinės kategorijos (žr. 47 lentelę).

47 lentelė. Mokinių sveikatos ugdymo raiška mokyklos mediko patirtyje: kategorijos

SVEIKATOS UGDYMAS – SVEIKATOS SAMPRATOS FORMAVIMAS	SVEIKATOS UGDYMAS – MOKYKLA APSIRIBOJANČIOS UGDYMO VEIKLOS	SVEIKATOS UGDYMAS – UGDOMASIS RŪPINIMASIS
SVEIKATOS UGDYMAS – PREVENCIJA	SVEIKATOS UGDYMAS – BENDRADARBIAVIMO PAIEŠKA	SVEIKATOS UGDYMAS – PASITENKINIMO ATLIEKAMU DARBU IŠGYVENIMAS
SVEIKATOS UGDYMAS – SVEIKOS MOKYKLOS APLINKOS KŪRIMAS	SVEIKATOS UGDYMAS – TIKSLINGAS BENDRAVIMAS	

Sveikatos ugdymo, kaip sveikatos sampratos formavimo kategorijos, turinys atskleidžia sveikatos ugdymo turinį ir tikslus (žr. 48 lentelę). Turinys apima mokyklos medikui aktualias *ugdymo sritis: sveikas žmogus, sveikata ir vertybės, sveikatą lemiantys veiksniai, ligos ir jų išvengimas*. Sveikatos ugdymo tikslai nukreipti į mokinių supratimą: kas yra sveikas žmogus ir sveikata, kas lemia sveikatą, kaip išvengti ligų. Šie *tikslai*, anot respondentų, *pasiekiami suteikiant* mokiniams atitinkamų *žinių*, rodant dėmesį ir aktualizuojant mokiniams jų kvėpavimo, laikysenos svarbą, *formuojant vertybines nuostatas ir požiūrį į sveikatą*. Ši kategorija nėra gausi apibūdinimų, tačiau parodo bendrąsias mokinių sveikatos ugdymo sritis, kuriose fiksuojamas mediko – sveikatos ugdytojo interesus.

48 lentelė. Mokinių sveikatos ugdymas – sveikatos sampratos formavimas

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
<i>...Kad vaikai suprastų, kas yra sveikas žmogus...</i>	Mokinio supratimas apie sveiką žmogų	SVEIKATOS UGDYMAS – SVEIKATOS SAMPRATOS FORMAVIMAS
<i>...Kad vaikai suprastų, <...> kas yra sveikata...</i>	Mokinio supratimas apie sveikatą	
<i>...Kad vaikai suprastų, <...> kokie veiksniai lemia sveikatą...</i>	Mokinio supratimas apie sveikatą lemiančius veiksnius	
<i>...Kad vaikai suprastų, <...> kaip reikia elgtis, gyventi, norint išvengti ligų...</i>	Mokinio supratimas apie ligų išvengimą	
<i>...Mano pareiga yra suteikti vaikams žinių, kad šis augtų sveikas...</i>	Žinių mokiniui suteikimas	
<i>...Formuoti <...> problemų sprendimo būdus...</i>	Mokinių problemų sprendimo būdų formavimas	
<i>...daugiau dėmesio skirti <...> laikysenai...</i>	Mediko dėmesys mokinio laikysenai	
<i>...daugiau dėmesio skirti <...> taisyklingsam kvėpavimui...</i>	Mediko dėmesys taisyklingsam mokinių kvėpavimui	
<i>...Formuoti vertybines nuostatas...</i>	Mokinių vertybinių nuostatų formavimas	
<i>...Formuoti teisingą požiūrį į sveikatą...</i>	Teisingo mokinių požiūrio į sveikatą formavimas	

Sveikatos ugdymo, kaip prevencijos / profilaktikos kategorija, gausi apibūdinimų, kurių turinys apima temų sritis, tikslus ir metodus. Mokyklų medikai įvardija ligų profilaktikos, alkoholio, narkotikų, smurto, traumų, pervargimo prevencijos sritis. Pripažįstamas siekis sumažinti ar pašalinti rizikos veiksnius, negatyviai veikiančius mokinių sveikatą, formuoti mokinių gebėjimus įveikti stresą.

Anot tyrime dalyvavusiųjų, prevencijos tikslams pasiekti sudaroma programa, o tai rodo ne chaotiškos, o programinės mediko veiklos mokykloje aspektą. Mokyklų medikų ugdymo veiklos: mokinių mokymas, konsultavimas, supažindinantis, aiškinantis apie žalingų įpročių vengimą, sportavimą, elgesį, atsitikus nelaimei, stresą, higieninius įgūdžius, skatinantis sveikai maitintis.

Pažymėti negausūs mokymo metodai: seminarų mokiniams organizavimas, pokalbiai su tėvais ir mokinių auklėtojais. Medikai skiria tokias

prevencijos veiklas: mokinių poreikių fiksavimas, rizikos veiksnių nustatymas, taisysklingos mokinių sėdėsenos suoluose kontrolė, skubios pagalbos teikimas.

Prevencijos kategorijos turinys įvardija dalyvius (mokiniai, tėvai, auklėtojai), su kuriais bendrauja mokyklų medikai. Vykdydami mokinių žalingų įpročių prevencijos programą, mokyklų medikai integruoja pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros, edukacines veiklas (žr. 49 lentelę).

49 lentelė. Mokinių sveikatos ugdymas – prevencija

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
...Kad vaikai kuo mažiau sirgtų <...> išvengtų ligų...	Mokinių ligų išvengimas	SVEIKATOS UGDYMAS – PREVENCIJA
...mokyti vaikus išvengti žalingų įpročių...	Mokinių mokymas apie žalingų įpročių vengimą	
...Kad vaikai kuo <...> daugiau sportuotų...	Mokinių sportavimas	
...Kad vaikai <...> nevartotų narkotikų, alkoholio...	Narkotikų, alkoholio nevartojimas tarp mokinių	
...Kad vaikai <...> mokėtų įveikti stresą...	Mokinių mokėjimas įveikti stresą	
...Kad vaikai <...> sveikai valgytų...	Mokinių skatinimas sveikai maitintis	
...skatinti mokinius sveikai maitintis...		
...Sveikos mitybos piramidės aiškinimas...	Mediko aiškinimas mokiniui apie sveiką mitybą	
...mokyti mokinius, kaip sveikai maitintis...	Mokinių mokymas sveikai maitintis	
...stebėti ir kontroliuoti mokinių sėdėjimą suoluose, atsižvelgiant į jų regą, ugdant skoliozės profilaktiką...	Mokinių sėdėjimo suoluose kontrolė	
...Supažindinti vaikus su žalingų įpročių įtaka sveikatai...	Mokinių supažindinimas su žalingais įpročiais	
...ugdyti higieninius įgūdžius...	Mokinių higieninių įgūdžių ugdymas	
...dalyvauti ugdant lytiškumą ir šeimos planavimą...	Mediko dalyvavimas mokinių lytiniame švietime	
... mokyti vaikus, kaip elgtis atsitikus nelaimei...	Mokinių elgsenos atsitikus nelaimei mokymas	

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
...Mokyti vaikus taikant ugdymo programas dėl žalingų įpročių...	Mokinių mokymas taikant programą	SVEIKATOS UGDYMAS – PREVENCIJA
...Mano nuomone, tai reiškia, kad vaikus reikia mokyti <...> išvengti streso...	Mokinių mokymas apie stresą	
...Mano nuomone, tai reiškia, kad vaikus reikia mokyti <...> vengti ir protinio pervargimo...	Mokinių mokymas, kaip vengti protinio pervargimo	
...Laiku pastebėti moksleivių poreikius...	Laiku atliekamas moksleivių poreikių fiksavimas	
...smurto <...> prevencija...	Smurto prieš mokinius prevencija	
...Reiškia visą savo laiką skirti prevenciniam darbui, teikti ne tik skubią pagalbą...	Skubios pagalbos mokiniams teikimas	
...Reiškia visą savo laiką skirti prevenciniam darbui, teikti ir <...> konsultacinę pagalbą...	Mokinių konsultavimas	
...Reiškia visą savo laiką skirti prevenciniam darbui, <...> organizuoti seminarus...	Seminarų mokiniams organizavimas	
...Ligų prevencija <...> pokalbiai su tėvais apie sveiką gyvenseną....	Mediko pokalbiai su tėvais	
...Ligų prevencija, pokalbiai su auklėtojais apie sveiką gyvenseną...	Mediko pokalbiai su auklėtojais	
...Svarbu aiškiai nustatyti rizikos veiksnius...	Mokinių rizikos veiksnių nustatymas	
...rizikos veiksnius <...> siekti sumažinti...	Mediko siekimas sumažinti mokinių rizikos veiksnius	
...rizikos veiksnius siekti <...> pašalinti...	Mediko siekimas pašalinti mokinių rizikos veiksnius	
...sumažinti traumatizmą...	Mokinių traumų prevencija	

Sveikatos ugdymo – sveikos mokyklos aplinkos kūrimo kategorija nėra gausi respondentų apibūdinimų, tačiau pažymimas mokyklos aplinkos, kurioje mokiniai praleidžia daug laiko, reikšmingumas. Ši kategorija sutampa su saugios vaiko jausenos kategorija.

Sveikos mokyklos aplinkos kūrimas mokyklų medikų suprantamas kaip palankių, saugių sąlygų, užtikrinančių vaiko savijautą, augimą ir brendimą mokykloje, sudarymas. Sveika mokyklos aplinka suprantama

kaip susirgimų ir nelaimingų atsitikimų prevencija, tačiau kategorijos turinys neatskleidžia, kaip mokyklos medikas dalyvauja kuriant sveikos mokyklos aplinką (žr. 50 lentelę).

50 lentelė. **Mokinių sveikatos ugdymas – sveikos mokyklos aplinkos kūrimas**

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
<i>...Ir sukurti palankias <...> sąlygas mokykloje, kad būtų kuo sveikesnė aplinka vaikui augti ir bręsti, nes jis daug laiko praleidžia mokykloje...</i>	Palankių sąlygų mokykloje sukūrimas	SVEIKATOS UGDYMAS – SVEIKOS MOKYKLOS APLINKOS KŪRIMAS
<i>...Ir sukurti <...> saugias sąlygas mokykloje, kad būtų kuo sveikesnė aplinka vaikui augti ir bręsti, nes jis daug laiko praleidžia mokykloje...</i>	Saugių sąlygų mokykloje sukūrimas	
<i>...kad jis būtų apsaugotas nuo ligų...</i>	Mokinių susirgimų prevencija	
<i>...kad jis būtų apsaugotas nuo nelaimių...</i>	Nelaimių prevencija	

Sveikatos ugdymo, kaip mokykla apsiribojančios ugdymo veiklos kategorijos, charakteristikų turinys susijęs su sveikatos stiprinimo programos rengimu ir įgyvendinimu. Kaip ir prevencijos kategorijoje, išryškėja medikų veiklos programinis įgyvendinimo aspektas. Tai charakterizuoja medikus kaip ugdytojus, suinteresuotus dalyvauti ne tik rengiant, bet ir organizuoti sveikatos stiprinimo programų įgyvendinimą. Programos sritys: savirūpa / rūpinimasis sveikata, sveika gyvensena, sveikata ir asmeninė atsakomybė, moralinės vertybės, mokinio savęs ir savo kūno pažinimas, draugiškumas, tarpusavio santykiai ir pagarba, fizinio aktyvumo nauda, asmens higiena, pirmoji pagalba. Ši kategorija dubliuoja sveikatos sampratos formavimo kategoriją ir papildo viena kitą. Programos turinys neatskleidžia, kurios temos skirtos pradinėms, vidurinėms ar vyresnių klasių mokiniams, tačiau rodo temų sritis, kurioms pristatyti mokyklos medikas laiko save kaip galintis atlikti ugdytojo / mokytojo ir ugdytojo / organizatoriaus vaidmenis. Ugdymo veiklos apima mokymą, auklėjimą, pagalbą suvokti mokiniui savo sveikatos perspektyvą, gebėjimų formavimą, pokalbius, aiškinimą. Sveikatos ugdymo veiklos vykdomos mokytojų valdomoje aplinkoje – klasėse ir mediko kabinete („...teminiai pokalbiai su mokiniais šioms užėjus į kabinetą“). Didžioji

respondentų dalis nurodo mokymo metodus, kurie pedagogikoje įvardijami kaip informaciniai ar vienkrypčiai: informaciniai pranešimai, pasakojimas, nuolatinis aiškinimas („Išdėstyti kuo daugiau naudingos informacijos vaikui...“; „...Apskritai, teikti kuo daugiau informacijos apie sveikatą..., ... Vykdyti aiškinamąjį darbą vaikams...“) informaciniai standai, apklausos.

Nedrąsiai respondentai pažymi, kad savo edukacinėje praktikoje taiko žaidimų, diskusijų metodus, organizuoja su mokiniais konkursus ir konferencijas, atsižvelgdami į jų poreikius („...Kartu dalyvauti įvairiuose renginiuose... Ypač atsižvelgti į jų norus, poreikius..., ... ruošiant renginius, paskaitas klasei ar klasėms, nes ypač svarbu, kad temos, problemos būtų artimos konkrečiai mokinių grupei“).

Nežymi dalis tyrime dalyvavusių mokyklų medikų mokinius vertina ne vien tik kaip žinių apie sveikatą priėmėjus, bet siekia juos motyvuoti, skatinti reikšti savo norus ir įsitraukti į sveikatos ugdymo priemonių mokykloje įgyvendinimo procesą. Mokyklos medikas čia atpažįstamas kaip bandantis atlikti visavertį sveikatos ugdytojo vaidmenį („...nes ypač svarbu, kad temos, problemos būtų artimos konkrečiai mokinių grupei..., ...Įdomiai, patraukliai vesti pamokas“ (žr. 51 lentelę).

51 lentelė. Mokinių sveikatos ugdymas – mokykla apsiribojančios ugdymo veiklos

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
...Ugdyti vaikų sveikatą – tai mokyti vaikus patiems rūpintis savo sveikata kaip pačiu brangiausiu turtu...	Mokinių mokymas rūpintis savo sveikata	SVEIKATOS UGDYMAS – MOKYKLA APSIRIBOJANČIOS UGDYMO VEIKLOS
...Visų pirma <...> ugdyti jų sveikos gyvensenos įgūdžius...	Mokinių sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymas	
...Visų pirma <...> rengti ir įgyvendinti sveikatingumo programas...	Sveikatingumo programų rengimas	
...Visų pirma <...> įgyvendinti sveikatingumo programas...	Sveikatingumo programų įgyvendinimas	
...kad bent vienas vaikas, išlausęs, pabuvęs mano paskaitoje, ką nors sužino nauja ir galbūt panaudoja savo gyvenime...	Paskaitų mokiniams vedimas	
...esu paruošusi ir skaitau paskaitas...		

51 lentelės tęsinys

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
... Padėti vaikui suvokti, kad jis pats yra savo sveikatos kalvis...	Pagalba mokiniui suvokti savo sveikatos perspektyvą	SVEIKATOS UGDYMAS – MOKYKLA APSIRIBOJANČIOS UGDYMO VEIKLOS
...Sveikatos ugdymas yra labai plati sąvoka. Mokyklos medikas savo asmenybe turi būti ugdytojas, t. y. kaip pavyzdys...	Mediko, kaip ugdytojo, asmenybės pavyzdys	
...Tiek oficialiai, tiek teminiuose pokalbiuose, moksleiviui užėjus į medicinos kabinetą, visomis sveikatos temomis vyksta ugdymas...	Teminiai pokalbiai mokiniams užėjus į kabinetą	
...Moksleivių mokymas apie tai, kad jis pats atsakingas už savo sveikatą, nukreipiant reikiama linkme...	Mokinių atsakomybės už savo sveikatą mokymas	
...Paskaitomis <...> prisidedu prie vaikų sveikatos ugdymo...	Mediko paskaitos mokiniams	
...pokalbiais prisidedu prie vaikų sveikatos ugdymo...	Mediko pokalbiai su mokiniais	
...Organizuoti sveikatos stiprinimo programų rengimą, ugdymą...	Sveikatos stiprinimo programų rengimo organizavimas	
...Organizuoti <...> ugdymą...	Sveikatos ugdymo organizavimas	
...mokyti pirmosios pagalbos...	Pirmosios pagalbos mokymas	
...aiškinti apie fizinio aktyvumo naudą...	Fizinio aktyvumo naudos mokiniui aiškinimas	
...mokyti pažinti save...	Mokinio mokymas pažinti save	
...mokyti pažinti <...> savo kūną...	Mokinio mokymas pažinti savo kūną	
...mokyti <...> laikytis higienos normų...	Mokinio higienos mokymas	
...Suformuoti moralines vertybes...	Mokinio moralinių vertybių formavimas	
...daugiau dėmesio skirti <...> bei vaiko pasitikėjimo savimi ugdymui...	Mokinio pasitikėjimo savimi ugdymas	
...Higieninis auklėjimas <...> nuo pradinių klasių...	Mokinių higienos auklėjimas	
...Svarbu ugdyti draugiškumą...	Mokinių draugiškumo ugdymas	
...Svarbu ugdyti <...> gerus santykius kolektyve...	Gerų tarpusavio santykių ugdymas	

51 lentelės tęsinys

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
<i>...rengti konkursus <...> ar kitais būdais mokyti moksleivius sveikos gyvensenos...</i>	Moksleivių mokymas rengiant konkursus	SVEIKATOS UGDYMAS – MOKYKLA APSIRIBOJANČIOS UGDYMO VEIKLOS
<i>...Tinkamai perteikti žinias apie sveiką gyvenimo būdą, panaudojant vaizdinę medžiagą...</i>	Vaizdinės medžiagos panaudojimas perteikiant žinias	
<i>...Tinkamai perteikti žinias apie sveiką gyvenimo būdą, panaudojant žaidimus...</i>	Žaidimų naudojimas perteikiant žinias	
<i>...Formuoti pagarbą sau ir aplinkiniams...</i>	Pagarbos formavimas	
<i>...rengti įvairias diskusijas...</i>	Diskusijų mokiniams rengimas	
<i>...rengti įvairias <...> konferencijas...</i>	Konferencijų rengimas	

Sveikatos ugdymo, kaip bendradarbiavimo paieškos kategorijos, turinys papildo ugdymo kategorijos, kurioje išryškėja mediko sveikatos ugdytojo organizacinės veiklos, charakteristikos. Ši kategorija nėra turtinga respondentų apibūdinimų, tačiau jų turinys pažymi mokyklos mediko bendradarbiavimo siekius su klasių auklėtojais, mokytojais, tėvais, psichologais, socialiniais pedagogais ir kitais specialistais („...drauge su mokytojais aptariu veiklos programą..., ...taip pat bendradarbiauti su <...> tėvais ir kartu skleisti žinias... ...Tam tikras temas vedame kartu su psichologe ar su socialine pedagoge..., ...programą, kurią tenka vykdyti ne tik man, bet drauge su komanda“). Mokyklos medikas, kaip sveikatos ugdymo organizatorius („...Organizuoti sveikatos stiprinimo programų rengimą..., ...Bendradarbiauti su klasių auklėtojais, organizuojant renginius“...), bendradarbiauja su įvairių disciplinų specialistais, todėl galėtume teigti, kad esama mokyklų medikų, kurie geba komunikuoti ir siekia palaikyti ryšius su visomis suinteresuotomis sveikatos ugdymo dalyvių grupėmis („...Tokių būdu bendradarbiauju vienu tikslu – ugdyti vaikų sveikatą“...).

Mokyklų medikų ir mokyklų vadovų bendradarbiavimo aspektas sveikatos ugdymo klausimais nėra aiškiai respondentų išreikštas, tačiau pateiktuose jų teiginiuose išvelgtinos mokyklos specialistų sutelktumo apraiškos, kurios bylotų apie pozityvią tendenciją – kolektyvine atsakomybe rūpintis mokinių sveikata. Mokyklų medikai čia atpažįstami kaip

sveikatos ugdymo organizatoriai, dalyvaujantys renginiuose, įvairiapusiškos informacijos, duomenų apie mokinių sveikatą kaupimo procese ir veikiantys daugiau už klasės ribų (žr. 52 lentelę).

52 lentelė. **Mokinių sveikatos ugdymas – bendradarbiavimo paieška**

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
<i>...Jau nuo pirmos klasės drauge su mokytojais aptariu veiklos programą...</i>	Mediko veiklos programos su mokytojais aptarimas	SVEIKATOS UGDYMAS – BENDRADARBI- VIMO PAIEŠKA
<i>...veiklos programą <...> tenka vykdyti ne tik man, bet drauge su komanda...</i>	Mediko veiklos programos komandinis vykdymas	
<i>...Tam tikras temas vedame kartu su psichologe...</i>	Mediko bendradarbiavimas su psichologe pristatant temas moksleiviams	
<i>...Tam tikras temas vedame kartu su <...> socialine pedagoge...</i>	Mediko bendradarbiavimas su socialine pedagoge pristatant temas moksleiviams	
<i>...Taip pat bendraujame su tėvais...</i>	Mediko bendravimas su tėvais	
<i>...Taip pat bendraujame su <...> mokytojais...</i>	Mediko bendravimas su mokytojais	
<i>...Bendradarbiauti su klasių auklėtojais, organizuojant renginius...</i>	Mediko bendradarbiavimas su klasių auklėtojais, organizuojant renginius	
<i>...bendradarbiauti su <...> kitais specialistais ir kartu skleisti žinias...</i>	Mediko bendradarbiavimas su specialistais skleidžiant žinias	
<i>...Tokių būdu bendradarbiauju vienu tikslu – ugdyti vaikų sveikatą...</i>	Mediko bendradarbiavimas siekiant sveikatos ugdymo tikslų	
<i>...Kartu dalyvauti įvairiuose renginiuose...</i>	Mediko dalyvavimas moksleivių renginiuose	
<i>...Kviesti specialistus organizuojant renginius...</i>	Specialistų kvietimas į moksleivių renginius	

Sveikatos ugdymo, kaip tikslingo mediko bendravimo su mokiniais kategorijos, turinio charakteristikos pažymi mediko ir mokinių bendravimo niuansus („...Kasdien labai daug reikia su mokiniais kalbėtis..., ...įdomus bendravimas...,...bendravimu, patarimais rodyti gerą pavyzdį..., ...Visada išsamiai atsakyti į vaiko konkrečius klausimus..., ...kasdien bendraujant

propaguoti sveiką gyvenimą..., ...bendrauti sveikatos klausimais...“) – tai kasdienė, įdomi, tikslinga ugdomoji sąveika, kuriai būdingas atvirumas, neformalizuoti mediko santykiai su vaikais, susitikimų įvairiose mokyklos aplinkose metu (žr. 53 lentelę).

53 lentelė. Mokinių sveikatos ugdymas – tikslingas mediko bendravimas

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
<i>...Bendraujant su vaikais aiškinti sveikos gyvenimo principus...</i>	Sveikos gyvenimo principų aiškinimas	SVEIKATOS UGDYMAS – TIKSLINGAS MEDIKO BENDRAVIMAS
<i>...Kasdien labai daug reikia mokiniams kalbėti, kad sveikas gyvenimas priklausytų nuo jo paties...</i>	Pokalbiai su mokiniais	
<i>...Pirmiausia tai bendrauti su moksleiviais. Ypač atsižvelgti į jų norus...</i>	Mediko bendravimas su mokiniais, atsižvelgiant į jų norus	
<i>Pirmiausia tai bendrauti su moksleiviais. Ypač atsižvelgti į jų <...> poreikius...</i>	Mediko bendravimas su mokiniais, atsižvelgiant į jų poreikius	
<i>...teikti kuo daugiau informacijos apie sveikatą...</i>	Informacijos apie sveikatą mokiniams teikimas	
<i>...Visada išsamiai atsakyti į vaiko konkrečius klausimus...</i>	Išsamūs mediko atsakymai į mokinių klausimus	

Sveikatos ugdymo, kaip ugdomojo rūpinimosi kategorijos, turinys nagrinėtas 4.1.1.1 poskyryje. Kategorijos turinys parodo ugdymo veiklas (aiškinimas apie sveikatą ir mitybą), susirgimų ir žalingų įpročių prevencijos veiklas, jų sutapimą mokyklos medikui rūpinantis mokinių sveikata (žr. 54 lentelę).

54 lentelė. Mokinių sveikatos ugdymo raiška: ugdomasis rūpinimasis

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
<i>...Rūpintis, kad vaikai kuo mažiau sirgtų infekcinėmis ligomis...</i>	Infekcinių susirgimų prevencija	SVEIKATOS UGDYMAS – UGDOMASIS RŪPINIMASIS
<i>...Rūpintis <...> aiškinti apie sveikatą...</i>	Aiškinimas mokiniams apie sveikatą	
<i>Rūpintis, <...> aiškinti apie <...> sveiką mitybą...</i>	Aiškinimas mokiniams apie mitybą	
<i>Rūpintis, <...> stengtis užkirsti kelią žalingiems įpročiams...</i>	Mokinių žalingų įpročių prevencija	

Sveikatos ugdymo, kaip mediko pasitenkinimo darbu išgyvenimas, turinys parodo, kad mokyklų medikai išgyvena sėkmės, prasmės pojūtį, įgyvendindami ugdymo veiklas, kurios leidžia pamatyti savo darbo rezultatus. Sveikatos ugdymo veiklų atlikimas medikų vertinamas kaip įdomi patirtis, o dvasinio pasitenkinimo pajautimas įprasmina jų pastangas, skiriamas mokinių sveikatai ugdyti („...*Tai dvasinis pasitenkinimas matant teigiamus savo darbo rezultatus...*“). Darytina prielaida, kad sveikatos ugdymas, kaip integrali mokyklos mediko praktikos dalis, leidžia patirti rūpinimosi kitais džiaugsmą, kuris sustiprina jo, kaip mokinių sveikatos priežiūros specialisto, motyvaciją, rodant profesionalaus rūpinimosi pavydžius (žr. 55 lentelę).

55 lentelė. Mokinių sveikatos ugdymas – pasitenkinimo atliekamu darbu išgyvenimas

Teiginiai	Subkategorija	Kategorija
<i>...man patinka, jaučiu pasitenkinimą, kai man sekasi...</i>	Sėkmės atliekant veiklas pajautimas	SVEIKATOS UGDYMAS – PASITENKINIMO ATLIEKAMU DARBU IŠGYVENIMAS
<i>...man patinka, jaučiu pasitenkinimą, kai man įdomu...</i>	Įdomi veikla	
<i>...Tai dvasinis pasitenkinimas, matant teigiamus savo darbo rezultatus...</i>	Mediko darbo rezultatų matymas	

Profesionalus rūpinimasis mokinių sveikata – mediko ugdymo vaidmenų įgyvendinimas. Diskutuojuojant kokybinio tyrimo duomenis atsiskleidžia tai, kad mokyklos medikas rūpinimasis vaikų sveikata įgyvendina derindamas asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros ir edukacines veiklas, kai sveikatos ugdymas suvokiamas kaip profesinės atsakomybės sritis. Ši atsakomybės sritis yra nurodyta sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos apraše (2005), įvardijant mokyklos mediko sveikatos ugdymo veiklas: konsultavimas, informacijos teikimas, sveikatingumo projektų rengimo inicijavimas, suteikiant mokyklos medikui formalius įgaliojimus atlikti sveikatos ugdytojo vaidmenį. Kuo pasižymi mokyklos mediko įgyvendinamas sveikatos ugdymas?

Remiantis kokybinio tyrimo duomenimis, teigtina, kad medikas mokinių sveikatos ugdymą klasėse atlieka epizodiškai, tikėdamasis sveikatos

ugdymui „stabilių“ valandų mokyti vaikus („...Norėčiau turėti pamokėlių, kurios būtų fiksuotos kaip mokytojų pamokos...“ „...Mokyti higienos įgūdžių, sveikos gyvensenos ir mitybos, fizinio aktyvumo...“). Mokyklos mediko lūkesčiai siejami su tradiciniu sveikatos mokytojo vaidmens įgyvendinimu klasėse, tikintis fiksuotų pamokų pedagogų valdomose formalizuotose mokyklos aplinkose.

Mokyklos medikas, kaip sveikatos ugdytojas, daro tiesioginį ugdomąjį poveikį, vesdamas pamokas, paskaitas mokiniams („...kad bent vienas vaikas, išklauses, pabuvęs mano paskaitoje ką nors sužino nauja ir galbūt panaudoja savo gyvenime...“), darbo kabinete („...teminiai pokalbiai su mokiniais šioms užėjus į kabinetą“ ir netiesiogiai – atlikdamas organizacinį paruošiamąjį darbą („...Organizuoti sveikatos stiprinimo programų rengimą, ugdymą...“), tačiau jo veikloje vyrauja pasiryžimas mokyti apsiribojant mokyklos aplinka ir ryšiais mokyklos viduje.

P. Drott (2001), C. Ericksen (1998) pažymi, kad mokyklų slaugos specialistų – sveikatos ugdytojų sėkmingą edukacinę patirtį lemia gebėjimas vaikus sudominti aktualia sveikatos tema; vaikų įtraukimas, skatinimas dalyvauti psichomotorinėse veiklose, kurios parodo sveikatos temos praktinę pritaikomumą; vaikų sudominimas nauju mokytoju klasėje; pranešimų parengimas; įvairios mokymo / ugdymo strategijos, grindžiamos žiniomis apie vaikų raidą. Autorės atkreipia dėmesį į mediko – sveikatos ugdytojo vaidmens patrauklumą, kurį lemia gebėjimas taikyti įvairius sveikatos ugdymo metodus tiesioginės sąveikos su mokiniais metu. Kokybinio tyrimo duomenys rodo, kad mokyklos medikas, nors ir epizodiškai, teikia mokiniams žinias apie sveiką gyvenseną ir taiko žaidimus („...Tinkamai perteikti žinias apie sveiką gyvenimo būdą, panaudojant žaidimus...“), rengia diskusijas („...rengti įvairias diskusijas...“) ir konferencijas („...rengti įvairias <...> konferencijas...“), tačiau mokinių įtraukimas, sudominimas specifine tema, bendra veikla ar mokinių ir mediko bendrų projektų įgyvendinimas yra menkai respondentų išreikštas. Darytina prielaida, kad mokyklos mediko vykdomas sveikatos ugdymas – tai tradicinių sveikatos ir sveikos gyvensenos žinių („...aiškinti apie fizinio aktyvumo naudą...“, „...mokyti <...> laikytis higienos normų...“, „...rengti konkursus <...> ar kt. būdais mokyti moksleivius sveikos gyvensenos...“, „...mokyti pirmosios pagalbos...“) mokiniams teikimas, mokymas, o tikslinis ir atrankinis savirū-

pos ugdymas ir darbas su mokiniais, turinčiais specifinių sveikatos priežiūros poreikių, mokinio patirties rėmimas stiprinant sveikatą, mokyklos mediko edukacinėje praktikoje nėra vyraujanti kryptis.

K. Tossavainen ir kt. (2004), P. Drott (2001), E. Aiken (2000) įsitikinimu, mokyklų medikų (slaugos specialistų) indėlis ugdant mokinių sveikatą turėtų būti sutelktas ne klasėse, o darbui su atrankinėmis mokinių grupėmis už klasės ribų, ieškant tikslinių sveikatos ugdymo ryšių, išteklių bei priemonių. Čia pabrėžiami mediko – sveikatos ugdytojo ir organizatoriaus – tarpininko vaidmenys. Kokybinio tyrimo duomenys atskleidžia, kad medikas bendradarbiauja su mokinių tėvais („...*Bendradarbiauti su tėvais, <...> dalyvaujant sveikatos ugdyme...*“), mokytojais („...*Jau nuo pirmos klasės drauge su mokytojais aptariu veiklos programą...*“), psichologu („...*Tam tikras temas vedame kartu su psichologe...*“), auklėtojais („...*Bendradarbiauti su klasių auklėtojais, organizuojant renginius...*“) ir kitais specialistais („...*bendradarbiauti su <...> kitais specialistais ir kartu skleisti žinias...*“), tačiau jo, kaip organizatoriaus, bendradarbiavimo ryšiai telkiasi mokyklos bendruomenės narių (tėvai, mokykloje dirbantys specialistai) erdvėje, o M. Barnes ir kt. (2004), K. Hacker, G. Vessel (1998) pažymi mokyklos mediko (slaugos specialisto) vaidmenį už mokyklos ribų, inicijuojant skirtingų profesijų atstovų bei kitų, atsakingų ir suinteresuotų vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūra ir stiprinimu, organizacijų dalyvavimą.

L. Broussard (2004) teigimu, mokyklos medikui svarbu mokyti vaikus, turinčius specifinių sveikatos poreikių, taip pat jų tėvus ir jų mokytojus. Kokybinio tyrimo duomenys to neparodo, bet pažymi, kad mokyklos medikas moko ir motyvuoja mokinius saugoti psichinę („...*Kad vaikai <...> mokėtų įveikti stresą...*“) ir fizinę sveikatą („...*mokyti mokinius, kaip sveikai maitintis...*“; „...*Kad vaikai kuo <...> daugiau sportuotų...*“), vengti žalingų įpročių („...*mokyti vaikus išvengti žalingų įpročių...*“). Mokyklos mediko mokymas yra orientuotas į sveikus vaikus ar (ir) paauglius, kai mokiniai, turintys specifinių savirūpos ugdymo poreikių, nėra mediko dėmesio centre. Tai rodo, kad ši svarbi mediko edukacinės veiklos sritis mokykloje nėra išvystyta ir reikalauja papildomų tyrimų.

Rūpinimasis vaiku kaip tarpasmeninė sąveika. E. Paavilainen ir P. Astedt-Kurki (1997) analizavo bendruomenės medikų (slaugos specia-

listų) ir klientų pagalbos sąveiką ir įvardijo pagrindinius elementus: pasitikėjimą, draugiškumą, konfidencialumą, paprastumą, ėjimą išvien kaip prielaidas, lemiančias sėkmingą bendradarbiavimą su klientais ir tarpusavio supratimą. Disertacijos kokybinio tyrimo rezultatai atskleidė mokyklos mediko rūpesčio mokiniu procese vykstančios sąveikos kokybes: pagarbą („...pagarba vaikui, jo nuomonei...“), konfidencialumą („...Rūpestis, kai <...> kartais problemas tenka spręsti išlaikant konfidencialumą...“, „... Stengiuosi išlaikyti paslaptį...“), nuoširdumą („...Rūpestis, kai medikas rodo nuoširdumą...“), draugiškumas („...Rūpestis vaiku – tai <...> draugiškumas...“), kantrybę („...be abejo, kantrybė...“). Tyrimo rezultatai išryškina svarbias mokyklų medikams jų sąveikos su mokiniais kokybes, kurių atpažinimas praktikoje vertintinas kaip bendradarbiavimo su mokiniais garantas, būtinas taikant įgalinančias sveikatos ugdymo prieigas.

Sveikatos ugdymas kaip mediko veiklos mokykloje įprasminimas.

G. Šurkienė, A. Jociutė, I. Chmieliauskaitė (2003) tyrė bendruomenės slaugos specialistų, dirbančių mokyklose, pasitenkinimą darbu ir nustatė, kad daugumai respondentų darbas yra įdomus. Autorės darbuotojų pasitenkinimą sieja su darbo kokybe ir veiksmingumu. Tai galėtų būti siejama ir su respondentų veiklos mokykloje poreikio suvokimu ir veiklos perspektyva arba (ir) lūkesčiais. Kokybinio tyrimo duomenys papildė anksčiau tyrimuose gautus rezultatus, kad pasitenkinimą mokyklų medikai patiria dalyvaudami mokinių sveikatos ugdymo / mokymo procese („... Mediko investicijos į moksleivį <...> reikia daug ir aktyviai dalyvauti mokymo procese...“) ir taip įprasmina savo darbą mokykloje bei siekius („...Rūpestis vaiku – man reiškia pasirinkto darbo prasmingumą...“). Rūpinimasis mokiniais suvokiamas kaip mediko pastangos dalyvauti sveikatos ugdymo procese, tikintis geresnių mokinių elgsenos / gyvenenos pasirinkimų, kaip darbo mokykloje įprasminimas, t. y. kaip profesinės raidos prielaidos. A. Jociutė, A. Zaborskis (2000) pažymi, kad geresnių rezultatų ugdant mokinių sveikatą pasiekama tada, kai mokyklos ugdymo procesas susiejamas su sveikatos tarnybos veikla.

Apibendrinimas. Kokybinio tyrimo duomenys atskleidė, kad sveikatos ugdymas yra mokyklos mediko praktikos dalis, suvokiama kaip at-

sakinga pareiga, kurios įgyvendinimas siejamas su mediko, kaip sveikatos ugdytojo, vaidmens įtvirtinimu. Bendradarbiaudamas su mokytojais, tėvais ir kitais specialistais mokyklos medikas kaupia ir valdo mokinių sveikatos duomenis ir informaciją – atlieka organizatoriaus, tarpininko ir tyrėjo vaidmenis, o sąveikaudamas su mokiniais klasėse, mediko kabinete daro tiesioginį ugdomąjį poveikį. Tačiau mediko edukacinė veikla apsiriboja fragmentišku darbu klasėse, kabinete ar kitoje mokyklos aplinkoje, vyrauja vienkrypčiai sveikatos ugdymo / mokymo metodai, o tai atspindi edukacinės veiklos ribotumą ir nepatenkintus mediko, kaip sveikatos ugdytojo, lūkesčius.

Mokyklos mediko ugdomoji sąveika suvokiama kaip kasdienis, įdomus ir tikslingas jo bendravimas su mokiniais įvairiose mokyklos aplinkose, kai neformalizuotų ryšių kūrimas lemia jo santykius su vaikais ir palankią sveikatos ugdymui aplinką. Tai charakterizuoja mediką kaip mokinio(-ių) rėmėją – sveikatos ugdytoją, kai šio vaidmens atlikimas stiprina mediko profesionalaus rūpinimosi mokiniais pajautimą, rezultatų pamatymą ir pasitenkinimo profesine veikla išgyvenimą.

Diskutuoju gautus kokybinio tyrimo duomenis, remiantis kitų mokslininkų darbais, mediko edukacinės veiklos mokykloje savitumas susijęs su didesnės rizikos mokyklinio amžiaus vaikais ar jų grupėmis, nustčius jų fizinės ar psichinės sveikatos priežiūros poreikius, kurių tenkinimas sietinas su individualizuotais rūpos ir sveikatos ugdymo modeliais ar strategijomis, profesine patirtimi ir sveikatos ugdytojo kompetencija. Kitas netiesioginės edukacinės veiklos savitumas – mokyklos mediko organizacinės, koordinavimo bei tarpininkavimo ir tyrimų atlikimo veiklų įgyvendinimas, paremtas bendruomenės sveikatos ryšių stiprinimo ir ekologinėmis sveikatos ugdymo strategijomis.

Itin svarbu, kad mokyklos mediko vaidmuo mokykloje ir už jos ribų būtų įgyvendinamas patraukliai, profesionaliai bei kompleksiskai, įvertinant tai, jog medikas nėra pedagogas, integruojantis mokinių gyvenimo (socialinius) įgūdžius dalyko programoje, todėl jo ugdymo veiklų aplinkos ir pagrindinės kryptys bei krūvis konkrečioje mokykloje, metodinė pagalba ir ugdymo kompetencijų poreikiai yra diskusijų bei veiksmingų sprendimų reikalaujančios sritys.

LITERATŪRA

1. Adaškevičienė, E. *Vaikų sveikatos ugdymas pedagoginiu aspektu*. Vilnius: Lietuvos mokslo ir informacijos centras, 1999, p. 5–27.
2. Aiken, E. *Curriculum and Faculty Development in Community – Based Care: School Nurses and Nurse Educators Collaborate*. Southern Regional Education Board, Atlanta, GA. Council of Collegiate Education for Nursing, 2000, p. 38.
3. Barnes, D. *For the Children. Building Partnership for special Needs Children: A Parent and Provider Resource*. Wyoming State Dept. of Health and Social Service, Cheyenne, Div. of Public Health, 1993, p. 40–63.
4. Barnes, M.; Courtney, M.; Pratt, J.; Walsh, A. School – Based Youth Health Nurses: Roles, Responsibilities, Challenges, and Rewards. *Public Health Nursing*. 2004, 21 (4): 316–322.
5. Bitinas, B.; Rupšienė, L.; Žydžiūnaitė, V. *Kokybinių tyrimų metodologija*. Klaipėda, 2008.
6. Bydam, J. *Pedagogika*. Vilnius: Charibdė, 2000, p. 133.
7. Bomar, J. *Family Health Promotion*. Hanson, Sh., Boyd, Sh. Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research. Philadelphia, 1996, p. 175–196.
8. Bradley, B. Establishing A Research Agenda For School Nursing. *Journal of School Nursing*. 1998, 68 (2): 53–62.
9. Broussard, L. School nursing: not just band – aids more! *Journal for Specialist in Pediatric Nursing*. 2004, 9 (3): 77–83.
10. Caliendo, G.; Judkins, B. *Primary Nursing Practise*. Scoot, Foresman and Company. Glenview, Illinois Boston London, 1988, p. 151–168.
11. Croghan, E.; Johnson, C.; Aveyard, P. School nurse: policies, working practices, roles and value perceptions. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, 47(4): 377–385.
12. Čiuvašovienė, J. Slaugytojų skiepijimas nuo gripo. *Sveikatos mokslai*. 2004, 4 (14): 39–45.
13. Damašienė, V. *Valdymo pagrindai*. Šiauliai: Šiaurės Lietuva, 2002, p. 165.
14. Doris, J.; Mischke, K. Family Nursing Practice. Hanson, Sh., Boyd, Sh. Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research. Philadelphia, 1996, p. 205–215.
15. Drott, P. Utilizing Undergraduate nursing students to provide Health education in elementary schools. *Journal of School Health*. 2001, 71 (5): 201–204.
16. Engberg, B. *Health Promotion, Prevention And Maintenance Related To School Health Care – Nursing Care Actions*. International council of Nurses. Abstracts and Symposia. Vancouver, Canada, 1997, p. 389.
17. Ericksen, C. *School nursing and health services: A Resource and Planning Guide*. Madison, 1998, p. 385.

18. Esparti, M.; Moss, P.; Roberts, K.; Kerr, L.; Green, A. Special needs children in the public schools: Perceptions of Nurses and school Teachers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 1999, 22 (4): 167–182.
19. Galkienė, A. *Pedagoginė sąveika integruoto ugdymo sąlygomis*. Šiauliai: Šiaulių universitetas, 2003, p. 169.
20. Gao, L.; Watkins, D. Conceptions of teaching held by school science teachers in P.R. China: Identification and cross-cultural comparisons. *International Journal of Science Education*. 2002, 24, No. 1: 61–79.
21. Glumbakaitė, E.; Šeškevičius, A. Pirminės asmens sveikatos priežiūros centruose dirbančių bendruomenės slaugytojų patirti stresoriai ir profesiniai darbo aspektai. *Sveikatos mokslai*. 2010, 3 (4): 3303–3307.
22. Gudžinskienė, V.; Česnavičienė, J.; Suboč, V. *Sveikos gyvensenos ugdymas mokyklose*. Mokslinio tyrimo ataskaita. 2007. Švietimo ir mokslo ministerija [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai/kiti/SVEIKOS%20GYVENSENOS%20UGDYMAS%20MokykLOSE.pdf>.
23. Hacker, K.; Wessel, G. School – based center and nurses: cementing the collaboration. *The Journal Of School Health*, 1998, 68 (10): 4388–4391.
24. Jociutė, A.; Zaborskis, A. *Sveikatą stiprinančių mokyklų veiklos rodikliai*. Panevėžys: E. Vaičekausko leidykla, 2000, p. 43.
25. Jones, S.; Axelrad, R.; Wattigney, W. Healthy and safe school environment, part II, physical school environment results from the School. School health Policies and programs Study 2006, *Journal of School Health*. 2007, 77 (8): 544–556.
26. Jucevičienė, P. Edukacinės ir mokymosi aplinkos – inovacijos socioedukacinio įgalinimo veiksnys. *Socialiniai mokslai*. 2008, Nr. 1 (59), p. 58–70.
27. Juškelienė, V.; Ustilaitė, S.; Proškuvienė, R.; Kalibatas, J.; Naudžiūtė, S. *11–12 klasių mokinių sveikata ir jos pokyčiai per 5 metus*. Mokslinio tyrimo ataskaita. 2006. Švietimo ir mokslo ministerija [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai/11_12_moks_sveik.pdf>.
28. Lee, C. Y.; Kim, I. S. *Developing A Computerized Program For School Health Nursing Activities*. International council of Nurses. Abstracts and Symposia. Vancouver, Canada, 1997, p. 259.
29. Leighton, Sh. School nurses and mental health. *Mental health practice*. 2003, 7 (4): 14–20
30. Mačiūnas, E.; Šurkienė, G.; Žeromskienė, D.; Namajunaitė, G.; Aleksejevaitė, D. *Sveikatos priežiūra mokykloje*. 2006. Prieiga per internetą: <http://oldvasc.sam.lt/mokykl_sveikat_priez.pdf>.
31. Mayring, Ph. *Qualitative Content Analysis – Research Instrument or Mode of Interpretation*. 2nd Workshop on Qualitative Research in Psychology at Blaubeuren, University of Tuebingen, October 2001. <<http://www.ino-tuebingen.de/qualitative-psychologie/t-wsd/Mayring-en.htm>>.

32. Oliver, R. *Psychology and Health Care*. London, Philadelphia, Toronto, Tokyo, Sydney, 1993, p. 307.
33. Paavilainen, E.; Astedt-Kurki, P. The Client – Nurse Relationship as Experienced by Public Health Nurses: Toward Better Collaboration. *Public Health Nursing*. 1997, 3 (14): 137–142.
34. Paulus, P. Linking Health Interventions with Educational Outcomes. The Case of the Good Healthy School. *Better Schools through Health*. The 3rd European Conference on Health Promoting Schools, 15–17 June 2009, Vilnius, Lithuania, p. 32–37.
35. Petrauskienė, A.; Žydzūnaitė, V. Sveikatos ugdymo koncepcija: sveikatai pozityvios mokinių elgsenos formavimas. *Sveikatos mokslai*. 2007, (52): 1173–1177.
36. Rakauskienė, V.; Kardelienė, L. Metodologinės įžvalgos apie edukacinį konsultavimą skatinant paauglių fizinį aktyvumą. *Pedagogika*. 2009, 96: 83–87.
37. Ruth, L. *Mainstreaming, Malpractice, and the Roles for the School Nurse*. University of Missouri – St. Louis, 1983.
38. Sajienė, L. Pedagoginiai gebėjimai slaugytojo kvalifikacijos struktūroje. *Pedagogika*. 2001, 51: 81–97.
39. Sajienė, L. Pedagoginės kompetencijos reikšmė siekiant slaugos efektyvumo. *Sveikatos mokslai*. 2003, 6 (13): 27–34.
40. Strazdienė, N.; Adaškevičienė, E. Mokytojų pilietinė pozicija ir dalykinė kompetencija ugdant vaikų sveikatą. *Tiltai*. 2011, 3: 169–180.
41. Šaparnis, G.; Merkys, G. Kokybinių ir kiekybinių metodų derinimas mokyklinės vadybos diagnostikoje: hipotezė ir pirmieji rezultatai. *Socialiniai mokslai*. 2000, 2 (23), 43–54.
42. Šurkienė, G.; Jociūtė, A.; Chmieliauskaitė, I. Mokyklos bendruomenės slaugytojų veiklos ypatumai. *Sveikatos mokslai*. 2003, 7: 47–51.
43. Tossavainen, K.; Turunen, H.; Jakonen, S.; Vertio, H. Health Promotional Education: differences between school nurses' health counselling and teachers' health instruction in the Finnish ENHPS. *Children and Society*. 2004, 18 (5): 371–382.
44. Turner, Sh.; Oberg, K.; Unnerstad, G. Biology and health Education. *European Journal of Teacher Education*. 1999, 22 (1): 89–93.
45. Turunen, H.; Tossavainen, K.; Jakonen, S.; Vertio, H. Did something change in health promotion practices? A Three-year study of Finish European Network of Health Promoting Schools. *Teachers and Teaching: theory and practice*. 2006, 12 (6): 675–692.
46. Ustilaitė, S.; Kalinkevičienė, A.; Juškelienė, V. (2009) Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos įgyvendinimo situacija Lietuvos bendrojo lavinimo mokyklose. *Pedagogika*. 2009, 96: 109–115.
47. Ustilaitė, S.; Proškovienė, R.; Juškelienė, V.; Kalinkevičienė, A. *Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos įgyvendinimo galimybės*. Mokslinio tyrimo

- ataskaita. 2008. Švietimo ir mokslo ministerija [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai/kiti/Tyrimo_RS-LUprorgama_ataskaita.pdf>.
48. Vamos, S.; Zhou, M. Using Focus Group Research to Assess Health Education Needs of Pre-service and In-service Teachers. *American Journal of Health Education*. 2009, 40 (4): 196–206.
49. Vidurinio ugdymo bendrosios programos (2008). Prieiga per internetą: <http://portalas.emokykla.lt/bup/Puslapiai/vidurinis_ugdymas_bendras.aspx>.
50. Wold, S.; Dagg, N. School Nursing: A Framework for Practice. *Journal of School Health*. 2001, 71 (8): 401–406.
51. Wondrak, R. *Interpersonal Skills for Nurses and Health Care Professionals*. Blackwell Science Ltd Editorial offices, 1998, p. 166.
52. Zaborskis, A.; Šumskas, L. Slaugos specialistės darbas mokykloje. Panevėžys, 2000.
53. Žeromskienė, D.; Šurkienė, G.; Namajūnaitė, G.; Aleksejevaitė, D. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, dirbančių mokyklose, darbo ypatumai. *Sveikatos mokslai*. 2009, 3 (69): 2379–2383.
54. Žydžiūnaitė, V. *Komandinio darbo kompetencijos ir jų tyrimo metodologija slaugytojų veiklos požiūriu*. Monografija. Kaunas: Judex, 2005, p. 399.
55. Žydžiūnaitė, V.; Merkys, G.; Petrauskienė, A. Slaugytojo, dirbančio priklausomybės ligų prevencijoje, kompetencijos turinio elementų vertinimas. *Sveikatos mokslai*. 2006, 4 (16): 275–280.
56. Žydžiūnaitė, V. Methodological Considerations: Sequential Linking of Qualitative and Quantitative Research. *Socialiniai mokslai*. 2007, 1 (55): 7–14.
57. Žydžiūnaitė, V. Slaugytojų kompetencijų charakteristikos: edukologijos ir slaugos požiūriais. *Sveikatos mokslai*, 2002, 4: 53–59.
58. Žydžiūnaitė, V. *Slaugos mokslinių tyrimų metodologija*. Vilnius: slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras, 2001, p. 177.
59. Žydžiūnaitė, V. *Taikomųjų tyrimų metodologijos charakteristikos*. Vilnius: UAB Ciklonas, 2006, p. 84.

Dokumentai

60. Alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencijos programa 2006 m. kovo 17 d. Nr. ISAK-494. Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/dokpaieska/forma_1.htm>.
61. Gyvenimo įgūdžių ugdymo programa (2004). Prieiga per internetą: <http://www.ntakd.lt/visuomene/files/Gyvenimo_igudziu_ugdymo_programa.pdf>.

IŠVADOS

1. Sveikatos ugdymo modelių raidoje sveikatos ugdytojų vaidmenų raiška pastaraisiais dešimtmečiais išsiplėtojo nuo telkimosi į žinių sklaidą, formuojant asmens(-ų) elgesį, iki integruotų strategijų, apimančių politinius sprendimus, sistemas, aplinkas, veikiančias visuomenės sveikatą. Modelių taikymas bendrojo ugdymo mokykloje siejamas su mokinių sveikatos ugdytojo(-ų) vaidmenų įprasminimu, grindžiamu teoriniais konstruktais ir metodais, padedančiais apibrėžti veiklos tikslus, vertinti veiksmingumą ir pasiekimus. Modelių pasirinkimą lemia asmens / mokinio, jų grupių ar (ir) bendruomenės sveikatos ugdymo poreikiai, kuriuos tenkindami sveikatos ugdytojai modeliuoja veiklos struktūrą ir strategijas:

- elgesio – gyvenmenos pokyčių modeliai remiasi psichologijos teorijomis, integruotomis biomedicinos, ugdymo mokslų žiniomis ir informacijos sklaida, telkiant asmens(-ų) dėmesį į informacijos pasiūlą ir jos apdorojimą, į mokymąsi pasitelkiant tikslus nurodymus, sprendžiant su sveikata susijusias problemas, panaudojant socialinį kontekstą ir asmens(-ų) patirtį. Sveikatos ugdytojai taiko tradicines (mokymas, informavimas, konsultavimas) ir įgalinančias ugdymo strategijas (veiklos, praktinė taikomoji), modeliuoja psichosocialinę, sveikatos priežiūros pagalbą, motyvuoja ir remia asmenį(-is) prisiimti atsakomybę, taip pat ugdytis sveikos gyvenmenos vertybines nuostatas ir įgūdžius;

- bendruomeniniai sveikatos ugdymo modeliai remiasi socialiniais tinklais, socialine parama, socialine kompetencija, bendruomenės socialiniu dalyvavimu, plėtojant bendruomenės sveikatos stiprinimo poreikius tenkinančias programas. Sveikatos ugdymas orientuojamas į bendruomenės narių socialinę kompetenciją, laiduojančią sveikos gyvenmenos sprendimus, sveikatą remiančių mokymo(-si) bei ekologinių mokyklos aplinkų kūrimo plėtrą. Sveikatos ugdytojai savo veiklą grindžia bendradarbiaujančiomis ugdymo technologijomis atlikdami organizatoriaus, koordinatoriaus ir pokyčių rėmėjo vaidmenis;

- rūpos modeliai grindžiami rūpinimosi teorinėmis koncepcijomis, pabrėžiančiomis kompleksinių sveikatos priežiūros ir sveikatos ugdymo /

mokymo veiklų raišką mediko praktikoje. Sveikatos priežiūros specialisto – sveikatos ugdytojo veiklos varijuoja nuo asmens savirūpos ir autonomijos ugdymo (savirūpos modelis) link kolegialios pagalbos santykių plėtojimo ir bendruomenės bendradarbiavimo struktūrų kūrimo (bendruomeninis modelis).

2. Mokinių sveikatos ugdymas Lietuvos bendrojo ugdymo mokyklose vystėsi nuo sanitarinio švietimo, apimančio higienos mokymą ir auklėjimą, link holistinio sveikatos ugdymo, apimančio sveikos gyvensenos ir socialinius (gyvenimo) įgūdžius, sveikatos ugdymas neatsiejamas nuo sveikatos ugdytojų vaidmenų (mokyklų medikų ir pedagogų praktikoje) raidos, tenkinant kintančius vaikų ir jaunimo sveikatos stiprinimo poreikius:

- ikikarinėje Lietuvoje mokyklinio amžiaus vaikų susirgimų (ypač infekcinių) plitimas ir jų sveikatos priežiūros poreikiai, lėmė Švietimo ministerijos ir sveikatos reikalų tarnybos sprendimą įgyvendinti sanitarinį švietimą, grindžiamą socialine medicina bei socialine globa, mokyklos mediko (gydytojo ir gailestingosios sesers) praktikoje, įpareigojant mokyklų vadovybę ir mokytojus prisidėti. Tačiau nuoseklus mokinių sanitarinis švietimas mokyklose nebuvo išvystytas, pasižymėjo fragmentiškumu higienos mokymu klasėse ir pavieniais renginiais ar akcijomis, ribotais mokyklų medikų ir pasirengusių šiam darbui pedagogų ištekliais, tarpprofesinės atsakomybės neapibrėžtumu, nulemtu silpnų sveikatos ir švietimo tarpžinybinių ryšių;

- sanitarinis švietimas, kaip deklaruojamas sovietinės mokinių sveikatos apsaugos uždavinys, buvo deleguotas bendrojo lavinimo mokyklose dirbantiems medikams (medicinos gydytojui, medicinos seseriai / felčerui / akušerei, stomatologui) ir mokytojams, nurodant jį susieti su pedagoginiu procesu. Sanitarinis švietimas, kaip sistemingas programinis mokinių higienos mokymas pradinėse ir pagrindinėse klasėse, grindžiamas gamtamoksliniu pozityvizmu – biomedicininio modeliu, pabrėžė fizinės sveikatos stiprinimą ir susirgimų profilaktiką. Sveikatos mokytojų vaidmenys rėmėsi medicinos ir higienos mokslų žiniomis, nuorodų ir taisyklių formulavimu, bet buvo neatskiriami nuo auklėjimo, įtvirtinant mokinių žinias užklasinėse veiklose, sportiniuose, masiniuose propagandiniuose renginiuose. Mokyklos mediko (ypač slaugos krypties darbuoto-

jų – medicinos seserų, medicinos felčerių) ir mokytojo praktikoje ryškus ideologizuoto sanitarinio švietimo kaip kolektyvinio auklėjimo priemonių (sanitarinių postų varžybos, higienos kontrolės būreliai) privalomas vykdymas mokykloje ir už jos ribų. Mediko sąveika su mokiniais ir mokytojais daugiausia buvo pagrįsta autoritetu, paremtu medicinine kompetencija, medikalizuotomis instrukcijomis ir hierarchiniais ryšiais, kurie lėmė tarpprofesinio bendradarbiavimo mokykloje įtampas;

■ atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, reformuojamų sovietinės sveikatos apsaugos ir švietimo sistemų procesuose, apimančiuose ir sanitarinio švietimo virsmą į holistinį sveikatos ugdymą, išryškėjo sveikatos ugdytojų vaidmenų kaitos nuo tradicinio vyraujančio mokytojo – žinių teikėjo link bendradarbiaujančio ir kuriančio sveikatą remiančias mokymosi ir ekologines mokyklos aplinkas, universalius ir individualius mokinio(-ių) gyvenamosios poreikius atliepiantį sveikatos ugdymą. Pokyčių virsme „išsaugotų“ mokyklų bendruomenių sveikatos priežiūros / slaugos specialistų, kaip turinčių neformalaus edukacinio profilaktinio darbo su vaikais, integruojančio asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą bei mokytojų, tėvų paramą, patirtis yra pripažįstama, tačiau formaliais politikų sprendimais ignoruojama, įkūrus naują visuomenės sveikatos priežiūros specialisto mokykloje tarnybą. Profesionalus rūpinimasis mokiniais, turinčiais asmens sveikatos priežiūros poreikių, menkinamas priėmus rigidiškus politinius sprendimus, nukreipiančius mokyklos mediko – slaugos specialisto praktikos raidą nuo tikslinio, atliepiančio individualius atskiro vaiko ar jų grupių sveikatos ugdymo link universalių profilaktinių / prevencinių visuomenės sveikatos stiprinimo prioritetų. Mokyklos sveikatos priežiūros specialisto, kaip sveikatos ugdytojo vaidmuo, statusas ir įgyvendinimo sąlygos nėra apibrėžiamos, o ugdytojo vaidmens įgyvendinimas pedagogų valdomoje mokyklos aplinkoje išlieka nepilnavertis, suprantamas kaip pagalbinis, priklausomas nuo mokytojų, papildant ar dubliuojant jų veiklas. Pastaruosius dešimtmečius mokytojų, kaip sveikatos ugdytojų, vaidmuo mokykloje stiprinamas patikint jiems pagrindinę atsakomybę integruoti sveikatos ugdymą į bendrojo ugdymo programą ir ugdyti mokinių asmenybinius ir socialinius įgūdžius, kurti sveikatą stiprinančios (ekologinės) mokyklos aplinkas, pasitelkiant visuomenės sveikatos priežiūros specialistus ir bendruomenės narius.

3. Nepriklausomos Lietuvos valstybės politikoje pabrėžiamas vaiko gerovės užtikrinimas siejamas su mokinių sveikatos ugdymu bendrojo ugdymo mokyklose įgyvendinamo plėtra, apimančia formalias (Bendroji sveikatos ugdymo programa) ir neformalias sveikatos ugdymo bei prevencines (Gyvenimo įgūdžių ugdymo, Tabako, alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencijos, Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo ir kitos) programas, sveikatos ugdytojams integruojant jas į mokyklos ugdymo procesą (į dalykinį ugdymą, auklėjamąją, popamokinę, projektinę veiklą). Nors valstybės švietimo politikoje deklaruojamas sistemingo ir veiksmingo mokinių sveikatos ugdymo užtikrinimas pradinėse, pagrindinėse, vidurinėse klasėse ugdant holistinės sveikatos ir sveikos gyvensenos sampratą, apimant asmenybinius ir socialinius įgūdžius (savęs pažinimą, bendravimą, problemų sprendimą, kūrybinį ir kritinį mąstymą, mokėjimą atsispirti neigiamai bendraamžių ir socialinės aplinkos įtakai bei streso įveikimą), tačiau sveikatos ugdymo šalies mokyklose plėtrai ir perspektyvai nėra sukurtos prielaidos, susijusios su sistemingu programų įgyvendinimo vertinimu, apimančiu proceso struktūros dėmenis ir sveikatos ugdymo modelius, sveikatą remiančių (ekologinės) mokyklos aplinkų plėtotę bei organizacinius struktūrinius pokyčius, sveikatos ugdytojų išteklius bei kompetencijas.

4. Empirinio tyrimo duomenys atskleidė mokytojų lūkesčius, susijusius su pilnaverčiu mokinių sveikatos ugdytojo vaidmens atlikimu, siekiant kurti sveikatos ugdymui(-si) palankias edukacines aplinkas, neatsiejamas nuo tokių prielaidų – sveikatą stiprinančios (ekologinės) mokyklos vizijos ir strategijos, kurioje sveikatos ugdymas turėtų būti pripažįstamas kaip lygiavertis su kitais mokomaisiais dalykais, paremtais išorinės pagalbos struktūromis (sveikatos ugdymo mokytojų ruošimu, kvalifikacijos tobulinimo kursų organizavimu, vadovėlių ir kitų mokymo metodinių priemonių rengimu bei ištekliais) ir mokytojo rėmimu bei motyvavimu įsitraukti į ilgalaikį, bendradarbiavimu su kitais mokytojais ir mokyklos specialistais grindžiamą, procesą.

Mokytojai pripažįsta bendrąsias kompetencijas, būtinas sveikatos ugdytojui, ir sieja jas su gebėjimais puoselėti mokinių holistinės sveikatos vertybes, propaguoti ir demonstruoti asmeninę sveikos gyvensenos pa-

tirtį. Mokytojai pažymi individualios atsakomybės, tiesioginės ilgalaikės ugdymo sąveikos su mokiniais reikšmę, jų amžiaus grupių bei mokymosi raidos ypatumų pažinimą, formuojamąjį pasiekimų vertinimą, atpažįstamą kaip mokinių gebėjimus reaguoti, teikti grįžtamąjį ryšį, įsivertinant asmens sveikatai palankaus elgesio patirtį. Mokytojai apibūdina save pagrindiniais universaliais sveikatos ugdytojais tiesioginės ilgalaikės ugdomosios sąveikos su mokiniais kontekstuose, integruodami mokomojo dalyko mokytojo, klasės auklėtojo, brandinant mokinio(-ių) asmenybę; klasės (grupės) lyderio vaidmenis, demonstruojant „pasiekiamumą, prieinamumą“ kiekvienam ugdytiniui. Sveikatos ugdytojo vaidmens įgyvendinimas atpažįstamas individualios mokytojo praktikos ir atsakomybės lygmeniu, pažymint mokyklos sveikatos ugdymo programos veiklų koordinavimo ir dalyvių bendradarbiavimo bei mokytojų gerosios patirties sklaidos poreikius.

Mokytojų bendradarbiavimo su kitais mokyklos specialistais (sveikatos priežiūros specialistas ir socialinis pedagogas) poreikiai apsiriboja pagalba mokytojams įgyvendinti užklasines prevencinio pobūdžio veiklas ar projektus, neformalių pagalbinių, fragmentiškų sveikatos ugdymo veiklų įgyvendinimu.

5. Teoriniu požiūriu mokyklos mediko vaidmens, grindžiamo tarpdisciplinine tradicija, raiška apima kompleksines profesionalaus rūpinimosi veiklas (sveikatos priežiūros / pagalbos, sveikatos ugdymo), padedančias mokiniams aktyviai dalyvauti mokyklos ugdymo procese ir įgyti kompetencijų, padedančių jiems rūpintis savo ir bendruomenės sveikata. Tačiau praktikoje Lietuvos mokyklų sveikatos priežiūros specialistų, kaip sveikatos ugdytojų, veikla nėra pilnavertė: apsiriboja nesistingu mokinių sveikatos mokymu klasėse, vienkrypčių informacinių sveikatos mokymo metodų taikymu, vyraujančiu mokinių konsultavimu kabinete. Nepatenkinti mokinio (ar jų grupių) sveikatos ugdymo, susieto su asmens sveikatos priežiūra, poreikiai lemia tiesioginio profesionalaus rūpinimosi vaikų sveikata stygių, specialiųjų sveikatos ugdytojo kompetencijų, įgyvendinant tikslines sveikatos ugdymo ir prevencines programas, poreikius.

Tyrimo duomenų analizė atskleidė besivystančius mokyklos sveikatos priežiūros specialisto organizatoriaus / koordinatoriaus (palankių

bendradarbiavimo ryšių su mokyklos vadovais, mokytojais ir kitais specialistais palaikymas, sveikatos ugdymo išteklių paieška, sveikatingumo renginių mokykloje organizavimas), mokytojų rėmėjo (pagalba mokytojams integruoti sveikatos temas į dalykų programas) vaidmenis, specialistų lūkesčius, susijusius su jų indėliu plėtojant mokyklos bendruomenės narių ryšius, mediko kompleksinės veiklos mokykloje perspektyvą, siekiant įgyti mokinių ir mokytojų pasitikėjimą, pamatyti veiklos rezultatus ir patirti pasitenkinimą profesine veikla.

REKOMENDACIJOS

Švietimo ir sveikatos apsaugos politikams

- šalies bendrojo ugdymo mokyklose dirbančių sveikatos ugdytojų veiklos įgyvendinimą plėtoti ir remti, pripažįstant kompleksinių tyrimų bei veiklos vertinimo ir išteklių poreikius;
- mokslu pagrįstais modeliais ir priemonėmis plėsti rūpinimosi mokinių sveikata aplinkas, siekiant tenkinti įvairaus amžiaus ir skirtingus mokinių sveikatos ugdymo poreikius;
- apibrėžti mokytojų ir mokyklose dirbančių sveikatos priežiūros specialistų, kaip sveikatos ugdytojų, statusą ir kompetenciją, stiprinti tarpprofesinį bendradarbiavimą ir įtraukti juos į šalies, regionų, vietos bendruomenės bei mokyklų sveikatos ugdymo įgyvendinimo procesus;
- tobulinti asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros institucijų metodinę pagalbą mokinių sveikatos ugdytojams, tarpprofesinio bendradarbiavimo struktūrą, priemones, padedančias vertinti bendruosius ir tikslinius mokinių sveikatos ugdymo poreikius ir juos tenkinti;

Bendrojo ugdymo mokyklų vadovams

- mokyklų vadovai turėtų priimti strateginius sprendimus, susijusius su mokytojų – sveikatos ugdytojų kompetencijomis, jų pedagoginio krūvio paskirstymu ir apmokėjimu, o ne vertinti šią veiklą kaip papildomą savanorišką darbą;
- išryškintas mokytojų ir mokyklos sveikatos priežiūros specialistų, ugdant mokinių sveikatą, bendradarbiavimo poreikis, todėl svarbu šių profesijų atstovus kartu įtraukti į mokyklos sveikatos ugdymo procesą, svarstant sveikatą remiančių mokyklos aplinkų kūrimą ir organizacinius pokyčius bei išteklius, apibrėžiant bendruosius ir tikslinius mokinių sveikatos ugdymo poreikius ir pasiekimų vertinimą, kuriant veiklos ir bendradarbiavimo struktūras, apibrėžiant atsakomybes ir koordinuojamos veiklos poreikius;

- tyrimo duomenys atskleidė, kad sveikatos ugdymui didesnę laiko dalį skiria sveikatos priežiūros specialistai, dirbantys mokykloje visą darbo dieną ir pavaldūs mokyklos direktoriui. Mokyklų vadovai turėtų inicijuoti svarstymus ir paremti *tradicinį* mokyklos mediko – sveikatos ugdytojo vaidmenį, tenkinant tikslinius mokinių asmens sveikatos priežiūros ir susirgimų profilaktikos poreikius, konsultuojant mokinius, jų tėvus, mokytojus bei mokyklos personalą, taip pat stiprinti ir plėtoti *bendruomeninį bei pokyčių rėmėjo* – sveikatos ugdytojo vaidmenį;

Mokyklų sveikatos ugdytojams

- tyrimo duomenys atskleidė bendruosius ir specialiuosius sveikatos ugdytojų kompetencijos poreikius. Mokytojams ir mokyklų sveikatos priežiūros specialistams aktualu tobulinti sveikatos ugdymo kompetencijas, leidžiančias atlikti tyrimus, nustatyti ir analizuoti mokinių sveikatos ugdymo ir prevencijos poreikius, rengti ir įgyvendinti teoriniais modeliais paremtas programas / projektus;
- sveikatos ugdymo pasiekimų vertinimas turėtų apimti ne vien *tradicinį* mokinių žinių ir gebėjimų vertinimą balais, bet ir įtraukti patį mokinį į sistemingą bei nuolatinį įsivertinimo (elgesio pokyčių patirties) procesą.
- sveikatos ugdytojų ir mokinių sąveiką grįsti vertybėmis (pagarba mokinio asmenybei, orumu, meile), neformaliais ryšiais (nuoširdumu, draugiškumu, tolerancija, kantrybe), lemiančiais santykių su vaikais kūrimą ir palankią sveikatos ugdymui(-si) aplinką, tenkinant kintančius mokinių sveikatos ugdymo poreikius;
- Sveikatos ugdytojų vaidmenų mokykloje raidą grįsti tradicijomis ir gerąja patirtimi, įgyjama integruojant kompleksines veiklas (sveikatos ugdymą, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą) į mokyklos ugdymo procesą, kuriant tarpprofesinio bendradarbiavimo struktūras, vertinant sveikatos ugdymo veiksmingumą.

SUMMARY

THE ROLES OF SCHOOL HEALTH EDUCATORS

The data of various scientific researches reveal the indicators of children and youth health that arouse the concern of the society of Lithuania, and that presupposes the need for health education on the levels of family, educational institutions, communities and the whole society. School-age children experience health problems which are resulted by behaviour that is unfavourable for health and social environment conditions, stress, depression, anxiety, low self-esteem and rejection. Risk behaviour and social phenomena cause dangerously growing pace of youth health problems, therefore communities of general education schools get a special role to ensure effective health education.

In the document of the World Health Organization (WHO) regarding health policy "Health-for-All Policy for the 21st century" (2000) it is maintained that by 2015 all population groups must be given the chance to get greater possibilities to live in healthy physical and social environment at home, school and in the local community, and 95 per cent of children should have to have a possibility to be educated at school that promotes health education. Systematic development of health education and stimulation of physical activity are emphasized in the program of the Government of the Republic of Lithuania (December 9, 2008 No. XI-52) in chapters "Healthy Man Means Healthy Society" (paragraphs 733-737), "Education and Information of Society" (paragraphs 778, 780, 810). When responding to the program planned by the government and increasingly growing need for health education services the safeguarding of a permanent health education in the system of formal and informal education and community that is inseparable from the implementation of the roles of health educators acquires significance.

During the third international conference of schools that have health education "Better schools through health" (2009, Vilnius) it was emphasized that health education should become one of priority areas in modern schools and that it would be effective only in the event of it being consistent and continuous. Scientists and schooling practitioners admit that single

short-time projects and single lessons do not allow to achieve a desired goal: the data of researches show that today's school does not cultivate a healthy lifestyle and social skills of young people and does not prepare them for life when the priority of the activity of teachers is preparation of students for examinations. Schools lack competent health educators that are able to cultivate students' competencies that ensure decisions that are benevolent to their health which are related to their spiritual, physical, mental, social capacity and well-being. On the other hand, modern health education of students is described as a complicated process that integrates the knowledge and methods of educology and other fields of science (biomedicine, psychology, statistics, marketing, information technologies etc.), recognizes integration into general education of a school, differentiation, principles of purposefulness, consistency and continuity, the cooperation of pedagogues of different school subjects and other school specialists (a psychologist, health care and social services) with provision of the perspective and role of unique role of every participant when creating ecological school environments that strengthen health.

The expression of the role of students health educators in the scientific literature is inseparable from the development of theories and models which developed from concentration on a person (or their groups) – interventions of behaviour formed by dissemination of information to those that encompass political decisions, systems, environments that affect health of the society (Gudžinskienė, 2010; Waters, Cross, Runions, 2009; Petrauskienė, 2008; Stonienė, 2008; Šveikauskas, 2008; Glanz, Rimer, Lewis etc. 2002). The emphasis falls on models of health education that are based on urgency of application of the theories of social knowledge, social aid (emotional, informational, material, evaluational) and overcoming of stress and ecology (Wenzel, Glanz, Lerman, 2002) in the practice of health educators.

In Lithuania pedagogues and medical staff of schools are recognized by students and their parents (tutors) as chief students health educators that put into practice universal programs of health education and prevention that indicate the cooperation needs of the participants. The teachers and medical staff of schools already implemented sanitary education in Lithuania during interwar period while linking it with the peda-

gological process. The role of school health educators was changing from that which was based on biomedical conception and execution of roles oriented towards functions (giving of instructions, directive information and teaching) to the role that creates environments that are cooperating and supporting students health education and self-education (Zaborskis, Šumskas, 2000; Davidavičienė, 1987; Kviklys, 1977).

After restoration of the independence of Lithuania the network of schools that strengthen health and the role of pedagogues as health educators is being developed by integrating health education into the programs of general education, homeroom teacher's planning hours and extracurricular or projects activity. The role of a school's medic is being strengthened in order to ensure accessibility of health care services to students and assistance to them to take part in the educational process fully by guarding them, abrogating or modifying conditions that hinder a person or their groups to grow, feel securely and achieve academic results. Professional care encompasses activities of personal and society's health care, health education in order to enable students to govern decisions that determine health in the contexts of personal life and community (Esparti, Moss, Roberts, Kerr, Green, 1999; Ruth, 1983).

In Lithuania up till now general attitude is followed that any homeroom teacher, physical education and biology and another teacher (e.g. technologies teacher or social pedagogue) who acquired educational competencies during higher education studies and able to teach personal and social competencies needed to strengthen students health during the lessons of the subject he/she teaches or during educational process can be a health educator. Although pedagogues are professionals of education, however putting into practice of students health education is a challenge provoking to seek answers to questions : If any teacher of a subject is a health educator as well, then how is this role realized in practice? What does it mean to promote students health? How does a teacher evaluates his/her contribution and recognizes the results of students health education? How does a teacher evaluate the activity and cooperation needs of school's health care specialists as health educators?

When examining the role of a school medic as a health educator, a controversial question arises as to whether this health care specialist can

promote health, if he/she is not a “real” education professional, because students health education is primarily a pedagogical process. G. Šurkienė etc. (2003) ascribe to this specialist the role of a teacher’s assistant when helping to integrate health education into general education program. The role of a school’s medic as a health educator is linked to the teaching of students, their parents (tutors), school’s staff, encompasses establishing of students health education needs, health counseling and informing when developing competencies of individual (focus) student/s self-care and health care (user’s) (Petrauskienė, 2008; Tossavainen etc., 2004; Aiken, 2000; Zaborskis, Šumskas, 2000; Žydžiūnaitė, 2000; Erikcen, 1998). So what does it mean for a school health care specialist to implement the role of a health educator? What features distinguish a professional care of a medical specialist over student/s and school community’s health?

From a theoretical standpoint, modern health education of students is based on holistic conception of health and health education, creation of health strengthening (ecological) school’s models that emphasize environments that support a student/s and educator’s health and strengthen a link with a school, and education methods that correspond to the development and needs of learners, social support of school’s community and inter-professional cooperation. Holistic or aggregate education consists of integral elements, therefore it becomes important to educators not only to resolve those elements, but to unite them into entirety (McLaughlin, 1997). In the context of the aggregate education, the man is known as a complex being the structure of which is made of body, psyche (mind, will, emotions) and spirit by linking that with the choice of education approaches while recognizing authenticity of a personality and links of separate subjects, methods, educational goals and tasks and conceptions (Valatkienė, 2005).

All that determines the expansion of the roles of health educators that vary from a conveyor of expert knowledge towards reflective and learning at the same time, coordinating the process of health education in formal and informal school environments. In reality, however, the realization of the roles of health educators is problematic both in the practice of a teacher and a school’s medic, determined by the complicated historical development, inconsistent and fragmentary implementation of health

education at schools one decade after another decade, difficulties of inter-professional cooperation and the lack of organizational and structural changes at school. *Therefore the revealing of the characteristics of the expression of the roles of students health educators at general education school is an urgent scientific problem.*

While solving this scientific problem the questions of problematic research have been formulated in the scientific study:

1. *What are characteristics of activities of health educators when applying models of health education and care?*
2. *What specific nature of professional roles of a school's medic come to light while promoting students health in the context of historic development? What are the features of the development of cohesion of school's health educators – a medic and a teacher?*
3. *What are preconditions of implementation of students health education and preventive programs at modern school of general education?*
4. *What are the features of the practice of a pedagogue who implements health education at general education school? What are the categories of teachers cooperation with a school's health care specialist?*
5. *How is professional care that incorporates students health care and health education revealed in the practice of a school's medic?*

The methods of the research: analysis of scientific literature, historical documents, sources and programs, qualitative analysis of the content, written questionnaire, statistical analysis.

The research was based on the theoretical conceptions of health strengthening and health education, care and social construction through roles. *Health strengthening conception* emphasizes the granting of greater possibilities for people to take care of their health and improve it by coordinating the spheres of related activities - health education, disease prevention and health care. In the process of health strengthening of students and all school community the roles of teachers and health care specialists are recognized (Harrison, 2005; Tossavainen etc., 2004; Glanz, Rimer, Lewis, 2002). *Health education is the foundation of health strengthening*, when results encompass knowledge, skills, attitudes and behaviour relat-

ed to health and determines the improvement in health of an individual and community (society). Health education is a pedagogical process oriented towards the satisfaction of the needs of students health education and is distinguished by educational cooperation and strategies, it creates possibilities for children to acquire competencies that empower them to make positive decisions regarding health on personal and social levels (Petrauskienė, Žydzūnaitė, 2008; Harrison, 2005; Glanz, Rimer, Lewis, 2002; Adaškevičienė, 1999). *Profesional care* (Smith, Watson, 2002; Watson, 1985; Leininger, 1984) encompasses the activities of assistance, help/care and education by performing which the harmony of mind, body and spirit is sought (the unity of mind, body and spirit is adequate to health) by empowering a person or their groups to satisfy their needs, improve living conditions and lifestyle. *Social construction through roles is explained* as real actions that are performed by an individual or specialist in a certain position. The role helps to reveal the nature of interaction with other people and contributes to social organization when creating models of mutual relationships and relationships in the groups. Roles represent institutional order when defining activities or functions. So the roles of a teacher and a school's medical specialist as health educators are identified through activities that are realized in professional activity and cooperation with others (Žydzūnaitė, 2005; Volkov, 2003; Rodham, 2000; Berger, Luckmann, 1999).

The research is based on interdisciplinary point of view, the principle of triangulation has been applied: the methodology of qualitative and quantitative researches is matched, different research participants are invited.

The scientific study consists of four parts: "The Models of Health Education and Care /Tendancy," "The Development of the Roles of Students Health Educators," "The Programs of Health Education and Preconditions of Their Implementation" and "The Practice of Health Education at School" in which the roles of students health educators are revealed in the contexts of theoretical models, historical development and education practice.

In the first part of the scientific study "The Models of Health Education and Care /Tendancy" the characteristics of the models of risk behav-

our/the change of a person's lifestyle and communal health education, professional care over person's and community's health are introduced by singling out the main components of models, goals and methods of the activity, emphases of health educators activity. The preconditions of the application of models in the practice of school's health educators are discussed.

In the second part called "The Development of the Roles of Students Health Educators" the analysis of historical documents/content of sources is presented revealing the features of the conception of health education at general education schools of Lithuania and the change of its implementation in the practice of a medic who is a school's health care specialist and a teacher. The characteristics of the expression of the roles of students health educators (a school's medic and teacher) that rest upon biomedical tradition and the tendencies of change toward the consolidation of the conception of holistic health education in the school's community are brought to light.

In the third part called "The Programs of Health Education and Preconditions of Their Implementation" the content of the programs of formal and informal health education and prevention and complexity of their implementation at general education schools that is linked with the continuous change and variety of their content, the lack of the goals matching, coordination of program activities and evaluation of efficacy, limited resources of health educators and limited organizational resources of school. The preconditions of the expansion of school's health education are singled out encompassing the recognition of the evaluation of the implementation of The Program of General Health Education (2012), creation of environments that are benevolent to school's health education, health educators competencies and the needs of the process of the structure of school's health education.

In the fourth chapter called "The Practice of Health Education at School" the results of the empirical research and their discussion are presented. The discussion encompasses two positions: the characteristics of the expression of the role of a health educator in the teacher's practice and the features of the expression of the roles of a school's health care specialist as a health educator.

The characteristics of the experience of teachers are highlighted in the analysis of the data of the qualitative research that are related to the creation of educational environment benevolent to students health education, general competency needs of a teacher as a health educator and the variations of roles, the needs of cooperation with a school's health care specialist. The features of expressions of the role of a teacher as a health educator when implementing education of personal and social competencies of students.

The data of the empirical research of the role of a school's medical specialist highlighted the needs of a health educator, activity environments and conditions, orientation towards children, their parents and pedagogues when seeking to promote (a user's) competencies of self-care and health care of a student's (or focus groups). The complexity of the roles of a school's medical specialist as a practitioner and health educator is revealed when the activities of health care and primary health education are united in the practice.

MAIN CONCLUSIONS

1. In the development of health education model during latest decades the expression of the roles of health educators developed from concentration on dissemination of knowledge when forming the behaviour of a person/s to integrated strategies that encompass political decisions, systems and environments that affect society's health. The application of models at general education school gives meaning to the roles of a students health educator/s that are based on theoretical constructs and methods which help to define activity goals, evaluate effectiveness and achievements. The choice of models is determined by the needs of a person/student, their groups or/and health education of a community by meeting which health educators model the structure of their activity and strategies:

- the models of behaviour/the change of lifestyle rest upon psychology theories, integrated knowledge of biomedicine and education sciences and information dissemination concentrating a person/s attention on information supply and its processing, learning with the help of precise

instruction, deciding problems related to health, using social context and a person/s experience. Health educators apply traditional (teaching, information, counseling) and empowering education strategies (activities, practical-applicational), model psychosocial and health care assistance, motivate and support a person/s to take responsibility and promote the value of healthy lifestyle and social skills;

- communal health education models rest upon social network, social aid, social competence, social participation of a community while developing the programs that meet the needs of community's health strengthening. Health education is oriented towards social competence of the members of the community that guarantees healthy lifestyle decisions, the expansion of the creation of learning and ecological school environments that support health. When performing the roles of an organizer, coordinator and the supporter of change, health educators base their activity on cooperating education technologies;

- care models are based on theoretical conceptions of care that emphasize the expression of complex activities of health care and health education/teaching in the practice of a medical specialist. The activities of a health care specialist as a health educator vary from a personal self-care and the promotion of autonomy (s self-care model) towards the development of the relationships of collegial assistance and the creation of the structures of community cooperation (communal model).

2. Students health education at general education schools of Lithuania developed from sanitary education encompassing teaching and cultivation of hygiene towards the promotion of healthy lifestyle and social (life) skills and is inseparable from the development of the roles of health educators (in the practice of school medics and pedagogues) when meeting changing needs of health strengthening of children and youth:

The spread of diseases (especially infectious) among school-age children in prewar Lithuania and their health care needs determined the decision of the Ministry of Education and the Service of Health Affairs to implement sanitary education based on social medicine and social care in the practice of a school's medical specialist (a physician and a sister of mercy) by obliging the governing body of a school and

teachers to contribute. However consistent sanitary education of students at school was not developed, it was marked by fragmentary teaching of hygiene in the classrooms and isolated events or actions, limited resources of school medics and pedagogues that are prepared for that work, vagueness of inter-professional responsibility which was determined by weak interdepartmental relationships between ministries of health and education;

Sanitary education as a declared goal of Soviet students healthcare was delegated to medics (medical doctor, nurse/feldsher/midwife, dentist) working at general education schools and teachers by instructing them to relate it to the pedagogical process. Sanitary education as a systemic hygiene education required for students by curriculum program in primary and secondary forms was based on naturo-scientific positivism, i. e. biomedical model, emphasized strengthening of physical health and disease prevention. The roles of health teachers rested upon the knowledge of the sciences of medicine and hygiene, formulation of instruction and rules, but it was inseparable from education, the knowledge of students was consolidated during extracurricular activities, sports events and massive propaganda rallies. In the practice of a school's medic (especially those of employees that belonged to a nursing specialty – medical nurses, medical feldshers) and teacher there was a distinct obligatory execution of ideologized sanitary education as means of collective education (contests of sanitary posts, societies of hygiene control) at school and outside of it. The cooperation of a medic with students and teachers was to a great extent based on his/her authority that rested upon medical competence, medicalized instructions and hierarchical relationships which determined the tensions of inter-professional cooperation at school.

After restoration of the independence of Lithuania in the processes of the reformation of the Soviet health care and education systems that encompass also the transformation of sanitary education into modern health education there came to light the changes of the roles of health educators from a traditional domineering teacher as a conveyor of knowledge towards the one who is cooperative and creating environments of the learning that supports health and ecological school, health education that corresponds to universal and individual needs of the lifestyle of a

student/s. The knowledge of school communities health care/nursing specialists who were “spared” in the change of transformations as of ones having experience of informal educational prophylactic work with children that integrates personal and society’s health care and teachers, support of parents is recognized, however due to formal decisions of the politicians it is ignored by creating a new service of a society’s health care specialist at school. Professional care of students that have personal healthcare needs is depreciated by taking of rigid political decisions that direct the development of the practice of a school’s medical specialist-nursing specialist from focus health education that corresponds to the individual needs of a single child or their groups towards universal prophylactic/preventive priorities of the health strengthening of society. The role, status and realization of a school’s health care specialist as a health educator are not defined, whereas the implementation of the role of a educator in the school environment governed by pedagogues remains defective, is interpreted as auxiliary, dependant on teachers, supplementing or duplicating their activities. During last decades the role of teachers as health educators at school was being consolidated by delegating to them the main responsibility to integrate health education into the program of general education and promote personal and social skills of students, create environments of health strengthening (ecological) school by inviting a school’s medic and members of the community.

3. The ensuring of a child’s welfare that is emphasized in the policy of the independant state of Lithuania is linked to the implementation of expansion of students health education at general education school that encompasses formal (General Program of Health Education) and informal programs of health education and prevention (“Education of Life Skills,” “The Prevention of Tabacco, Alcohol and Other Psychotropic Substances Use,” “Education of Preparation for Family and Sexuality” etc.) by integrating them by health educators into the process of school education (into education of subjects, educative and extracurricular activity and projects). Although education policy of the state proclaims the ensuring of systematic and effective students health education in primary, lower secondary and higher secondary forms by promoting the holistic concep-

tion of health and healthy lifestyle, by encompassing personal and social skills (self-knowledge, communication, problem solving, creative and critic thinking, ability to withstand negative influence of peers and social environment and stress overcoming), however no preconditions for the development and perspective of health education have been created at the schools of the country related to systematic evaluation of the implementation of programs that encompass components of the process structure and health education models, support development of environments of ecological school that are supportive to health, and organizational and structural changes, resources and competencies of health educators.

4. The data of empirical research revealed the expectations of teachers related to full-fledged fulfilment of a health educator's role while seeking to create educational environments that are benevolent to health education that are inseparable from the following preconditions: the vision of health strengthening (ecological) school and strategy in which health education should be recognized on a par with other subjects that are taught and based on structures of outside help (training of health education teachers, organizing of qualification improvement courses, preparation of textbooks and other methodological teaching materials and resources) and support of a teacher and motivation to get involved into a long-term process based on cooperation with other teachers and schools specialists.

The teachers recognize general competencies that are necessary to a health educator and link them with abilities to foster holistic health values of students, propagate and demonstrate the experience of a personal healthy lifestyle. Teachers indicate the significance of individual responsibility and a direct long-term educational interaction with students, the knowledge of their age groups and the characteristics of learning development, formative evaluation of achievements which is recognized as the ability of students to react, give feedback evaluating the experience of a personal behaviour benevolent to health. Teachers characterize themselves as main universal health educators in the contexts of a direct long-term educational interaction with students through integration of the roles of a teacher of a subject and a home room teacher's when maturing the personality of a student/s and the leader of a form (group) while dem-

onstrating “accessibility, attainability” to every student. The implementation of the role of a health educator is recognized on the level of an individual practice and responsibility of a teacher when indicating the needs for coordination of the activities of school’s health education program and the cooperation of participants and dissemination of good experience of teachers.

The teachers needs for cooperation with other school’s specialists (a health care specialist and social pedagogue) are limited to a help to teachers to implement extracurricular activities or projects of preventive character and implementation of informal auxiliary fragmentary activities of health education.

5. From a theoretical standpoint, the expression of the role of a school’s medical specialist that rests upon interdisciplinary tradition encompasses combined professional care activities (health care/aid, health education) that help students to take part in the educational process of school actively and acquire competencies that enable them to take care of their own and community’s health. In practice, however, the activity of Lithuanian school health care specialists as a health educator is not fully-fledged: the activity is limited to a fragmentary students health teaching at classrooms, application of unidirectional informative methods of health teaching and domineering counseling of students in the consulting-room. Unmet needs of a student (or their groups) health education related to a person’s health care determine the lack of a direct professional care of children’s health, the needs for special competencies of a health educator when implementing focus health education and preventive programs.

The analysis of the research data revealed the developing roles of a school’s health care specialist as an organizer/coordinator (maintenance of benevolent cooperation relationships with the heads of a school, teachers and other specialists, the search of health education resources, the organizing of healthiness events at school), a supporter of teachers (assistance to teachers to integrate health topics into the programs of the subjects they teach), the expectations of specialists that are connected with their contribution in the development of the relationships of the members

of a school community, the perspective of a complex activity of a medical specialist at school while seeking to obtain the trust of students and teachers, to see the results of the activity and experience satisfaction with professional activity.

Petrauskienė A., Ustilaitė S.

Pe233 MOKYKLOS SVEIKATOS UGDYTOJŲ VAIDMENYS. Mokslo studija. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2013. 240 p.

Bibliogr. 36–39, 89–97, 119–122, 214–217 p.

ISBN 978-9955-19-530-6

Vaikų sveikatos ugdymas – tarpdisciplininių mokslinių tyrimų objektas. Vaikų sveikatos ugdymo plėtra aktuali politikams, ugdymo ir sveikatos priežiūros specialistams, nes nuo to, kaip ji vertinama, analizuojama ir įgyvendinama, priklauso žmogaus ir tautos ateitis.

Mokslo studija atskleidžia sveikatos ugdytojų vaidmenų įgyvendinimo bendrojo ugdymo mokykloje sudėtingumą istorinės raidos ir šių dienų mokinių sveikatos apsaugos bei švietimo pokyčių kontekstuose, išryškina sveikatos ugdytojų vaidmenų transformaciją mokyklos mediko ir mokytojo praktikoje, tarp profesinio bendradarbiavimo poreikius, profesinių vaidmenų kompleksiskumą ir unikalumą, pateikia praktinių rekomendacijų švietimo ir sveikatos apsaugos politikams, bendrojo ugdymo mokyklų vadovams ir sveikatos ugdytojams. Sveikatos ugdytojų vaidmenų modeliavimas yra modernios, kintančius mokyklinio amžiaus vaikų ir jų tėvų poreikius atliepančios bendrojo ugdymo mokyklos bruožas

UDK 371.7(474.5)

Alina Petrauskienė, Stasė Ustilaitė

MOKYKLOS SVEIKATOS UGDYTOJŲ VAIDMENYS

Mokslo studija

Redagavo *Ramutė Pinkevičienė*

Maketavo *Birutė Bilotienė*

SL 585. 2013 03 26. 13,3 leidyb. apsk. l.

Tiražas 200 egz. Užsakymas 18 531

Išleido Mykolo Romerio universitetas

Ateities g. 20, Vilnius

Puslapis internete www.mruni.eu

El. paštas leidyba@mrni.eu

Parengė spaudai UAB „Baltijos kopija“

Kareivių g. 13B, Vilnius

Puslapis internete www.kopija.lt

El. paštas info@kopija.lt

Spausdino UAB „Vita Litera“

Kurpių g. 5–3, Kaunas

Puslapis internete www.bpg.lt

El. paštas info@bpg.lt